

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

302

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Juillet 1893, à heure

PAR

Antoine-Vincent FILIPPI

Né le 5 avril 1866, à Sainte-Lucie-de-Tallano (Corse).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE

ET DE SON TRAITEMENT

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { BAILLON, professeur.
NETTER et GLEY, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Juillet 1893, à heure

PAR

Antoine-Vincent FILIPPI

Né le 5 avril 1866, à Sainte-Lucie-de-Tallano (Corse).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE

ET DE SON TRAITEMENT

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { BAILLON, professeur.
 { NETTER et GLEY, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. S.J.E.
Clinique médicale.	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Maladie des enfants	N....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires	PANAS.
Clinique ophthalmologique.	TARNIER.
Cliniques d'accouchements	{ PINARD.
	{ TILLAUX.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN.	MM. DEJERINE.	MM. MARFAN.	MM. RETTERER.
ANDRÉ.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROYER.
BAR.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GILBERT.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	POIRIER, chef	VARNIER.
CHARRIN.	JALAGUIER.	des travaux	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LEJARS.	anatomiques.	WEISS.
	LETULLE.	QUENU.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ONCLE F.-X. FILIPPI

PHARMACIEN

HOMMAGE DE MA RECONNAISSANCE

A MON PÈRE, A MA MÈRE, A MA TANTE

A MES SŒURS, A MES FRÈRES

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR H. RENDU
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL NECKER

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GÉRARD MARCHANT
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

A TOUS MES MAÎTRES DES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR STRAUS
PROFESSEUR DE PATHOLOGIE COMPARÉE ET EXPÉRIMENTALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE

ET DE SON TRAITEMENT

INTRODUCTION

Les manifestations articulaires sont, sinon les plus fréquentes, du moins les plus redoutables des complications de la Blennorrhagie. Elles revêtent des formes différentes, mais qui peuvent toujours être ramenées à la forme générale de l'arthrite.

Etablir l'entité morbide de ces manifestations, n'a pas été chose facile. Depuis longtemps, cette question a passionné les médecins et les sociétés savantes. La société médicale des Hôpitaux spécialement, a voulu, dans des discussions qui resteront toujours célèbres, se prononcer catégoriquement sur la nature de ce Rhumatisme articulaire.

Nous avons vu défiler à la tribune de cette docte assemblée les maîtres les plus éminents et les plus autorisés, et apporter tour à tour des documents en faveur de leur thèse. L'accord n'a pu cependant s'établir, et nous les voyons encore aujourd'hui garder leurs positions respectives.

Sans prétendre apporter des documents bien nou-

veaux à l'appui de la thèse que nous voulons soutenir, nous demanderons la permission d'exposer avec l'historique de la question, les idées actuelles sur l'arthrite d'origine blennorrhagique dont la nature infectieuse ne doit plus laisser de doute pour personne depuis l'importante découverte de Neisser.

Nous dirons donc un mot par rapport à l'Étiologie et à la Pathogénie. Nous traiterons ensuite de l'Arthrite blennorrhagique au point de vue clinique, en essayant de l'étudier sous ses différents aspects et de la distinguer des manifestations rhumatismales ordinaires et autres. — Puis, après nous être arrêté un instant sur une de ses complications fréquentes, nous voulons parler des amyotrophies, nous aborderons la question du traitement.

A la révulsion, à l'immobilité, à la compression ouatée, nous ajouterons la compression par la bande de caoutchouc et la ponction suivie d'injection de sublimé.

Nous terminerons par les observations que nous avons recueillies dans divers services des hôpitaux de Paris, et nous poserons les conclusions qui en seront la conséquence.

Mais avant d'entrer en matière, un devoir nous reste à accomplir.

Nous témoignons ici toute notre reconnaissance à notre éminent maître, M. le professeur Straus, dont nous avons suivi les leçons pendant deux ans et qui n'a jamais cessé de montrer la plus grande sollicitude à notre égard.

Nous sommes heureux de le remercier du grand honneur qu'il nous a fait, en acceptant la présidence

de cette thèse, modeste travail, que nous aurions désiré voir plus complet.

Dans notre tribut de gratitude, nous ne devons pas oublier M. le docteur Rendu, qui nous a engagé à poursuivre ce travail, dont nous avons fait choix nous-même.

Nous le remercions sincèrement, pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté et pour ses précieux et sages conseils qui seront pour nous le guide le plus sûr et le plus puissant dans notre carrière médicale.

Nous remercions M. le docteur Gérard Marchant, du bienveillant accueil que nous avons toujours trouvé auprès de lui.

Que M. le professeur Pinard daigne agréer l'expression de nos remerciements, pour les enseignements que nous avons reçus de lui, pendant notre stage à la clinique d'accouchement.

Nous donnons ici une place toute spéciale à notre oncle Filippi Xavier, pharmacien, auquel nous témoignons notre plus profonde reconnaissance, pour l'affection qu'il nous a toujours manifestée et le vif intérêt qu'il n'a jamais cessé de nous porter.

HISTORIQUE

Il y a plus d'un siècle que l'on a constaté les rapports des complications articulaires avec les manifestations blennorrhagiques.

Baglivi le premier, signale les relations qui existent entre la blennorrhagie et la « goutte. »

Aussitôt après lui, Selle et Swédiaur en 1781, Hunter en 1786, notèrent la liaison de certaines arthropathies et de la blennorrhée, en s'efforçant d'établir entre ces différents états morbides une relation de cause à effet.

Il faut arriver à l'école du Midi, pour voir la question entrer dans le véritable domaine scientifique.

Ricord dans ses leçons cliniques fit avec sa grande autorité, une remarquable description du Rhumatisme blennorrhagique. Il ne lui reconnaissait pas, cependant, de caractères bien tranchés, permettant de le distinguer d'une façon nette et précise du Rhumatisme articulaire aigu ou subaigu : « On ne trouve réellement de différence qu'en raison de la cause, dit-il. Ni le siège, ni la marche, ni les symptômes ne peuvent suffire pour remonter à cette cause ; et, si l'on peut trouver quelque chose de spécial, on le trouve dans la coïncidence de la blennorrhagie et de l'arthropathie. »

Lagneau partage cette même opinion.

Quelque temps après, parurent d'importantes publications concernant le même sujet. Notons les tra-

vaux de Cooper et de Bónnet ; le mémorable travail de Brandes (1).

Trois ans plus tard, nous trouvons une publication de M. Hervieux (2), établissant une analogie entre le Rhumatisme blennorrhagique et le Rhumatisme ordinaire.

Ajoutons les noms de Rollet, Sordet, Cuillerier, Diday, Grisolle, et nous aurons désigné à peu près tous ceux qui se sont attachés à démontrer l'existence du Rhumatisme blennorrhagique, à le définir, à en décrire les symptômes, à l'admettre enfin comme un état pathologique hors de discussion.

Jusque-là, on n'avait pas encore osé toucher à la pathogénie.

C'est à peine si on signale la théorie de Lagneau et Cuillerier, connue sous le nom de théorie de la métastase, et celle du professeur Thiry de Bruxelles pour lequel il n'y a entre le Rhumatisme blennorrhagique et le Rhumatisme articulaire vulgaire, qu'une simple coïncidence.

Cette théorie qui trouve encore des défenseurs aujourd'hui, est à peu près complètement rejetée.

On ne saurait pas en effet, comment expliquer de cette façon, qu'une blennorrhagie donne lieu à un Rhumatisme spécial et qu'elle produise une affection analogue, dès la première rechute. Les rhumatismes à répétition, suivant pas à pas la réinfection gonococcique de l'urèthre, n'auraient pas de raison d'être.

Nous arrivons à 1866. C'est à ce moment que la question a été le plus fortement débattue.

(1) Archives de médecine, 1854.

(2) Gazette médicale, 1858.

Pendant que M. Fournier faisait paraître son remarquable article (1) établissant la nature du Rhumatisme blennorrhagique, définissant nettement ses formes et le différenciant du Rhumatisme ordinaire ;

Pendant qu'un élève de Lorain se faisait le porte-parole de son maître, essayait de créer une diathèse blennorrhagique, comme il existe une diathèse syphilitique, scrofuleuse ;

Pendant que Bouillaud du haut de sa chaire de l'hôpital de la Charité, s'inscrivait en faux contre la spécificité du Rhumatisme blennorrhagique ;

Le professeur Peter porta la question devant la Société médicale des Hôpitaux.

Peter, Féréol, Fournier, Hervieux, Lorain, se firent entendre successivement.

Pour Féréol, Hervieux, Pidoux, l'arthrite blennorrhagique est une véritable arthrite rhumatismale, ayant pour cause unique la blennorrhagie, qui suffit à la créer de toute pièce.

Pour Peter, au contraire, la blennorrhagie ne ferait que réveiller une diathèse latente, ne ferait qu'affaiblir l'organisme et le mettre en état de réceptivité.

Lorain alla plus loin avec l'*état génital*. Tout ce qui concernait l'état pathologique génital, suffisait selon lui, pour provoquer des manifestations d'ordre rhumatismal.

Peter reprit la théorie de Lorain pour nier la spécificité. Il rapprocha le Rhumatisme blennorrhagique des Rhumatismes secondaires, pour montrer que l'état génital peut réveiller la diathèse rhumatismale,

(1) Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Article Blennorrhagie.

au même titre que la Scarlatine ou le Traumatisme.

Cette opinion réunit les voix de Gueneaud de Mus-sy et de M. le professeur Charcot, avec quelque légère différence,

Lasèque se range dans le camp opposé, en attribuant les complications articulaires de la blennorrhagie à l'absorption du pus dans l'urèthre, le Rhumatisme pouvant se produire à la suite de toutes les suppurations soit de l'urèthre, soit de l'intestin, soit des poumons, etc.

Pour M. le professeur Fournier, le Rhumatisme blennorrhagique est un Rhumatisme spécifique, uréthral, ne pouvant être donné que par l'urétrite blennorrhagique.

Avec M. le professeur Panas, nous trouvons la théorie par action reflexe : Urétrite avec retentissement sur les reins et modifications consécutives de l'urée, qui restant dans le sang, l'altère et le rend apte à produire des complications articulaires (1).

Aujourd'hui, avec les progrès réalisés par la doctrine parasitaire, après la découverte du Gonocoque de Neisser, le pathogénie du Rhumatisme blennorrhagique est entrée dans une nouvelle voie. L'arthrite blennorrhagique ne serait autre chose qu'une manifestation articulaire infectieuse : « elle résulterait d'une intoxication spéciale, due à la présence d'un microbe dans l'organisme ».

(1) Panas. Gazette des Hôpitaux, 1883.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

C'est à propos de l'Étiologie et de la Pathogénie, que se sont élevées les plus ardentes discussions et qu'ont été émises les théories les plus variées.

I. *Étiologie.* — Nous avons déjà dit que, pour Thiry de Bruxelles, les accidents rhumatismaux et la blennorrhagie étaient des états, survenant en même temps, n'ayant entre eux aucune relation et ne se trouvant réunis que par une simple coïncidence.

Peter avait émis l'opinion, que les manifestations articulaires blennorrhagiques, ne surviennent que chez certains malades : chez les rhumatisants, les arthritiques. La blennorrhagie ne ferait que réveiller une diathèse préexistante, n'attendant que le moment favorable pour éclater.

Il ne lui reconnaît nullement le rôle de cause créatrice, mais il lui accorde celui de cause occasionnelle. La blennorrhagie est mise au même rang que la Scarlatine, l'Etat génital et le froid.

Contre la diathèse rhumatismale héréditaire ou acquise, nous citerons une observation de M. Jacquet (1), par rapport à un malade de l'hôpital Beaujon. Ce malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'endopéricardite, avait une attaque presque périodique, tous les ans, du mois d'octobre

(1) Société de Dermatologie et Syphiligraphie (1892, juin). (Recherches de clinique et de bactériologie sur le rhumatisme blennorrhagique).

au mois de janvier, et en était à la dix-septième.
« Il n'y eut guère qu'une exception et ce fut pour une année où à cette même époque il contracta la chaude-pisse. »

De son côté, M. Fournier repousse aussi la théorie de Peter. « J'ai pu constater pour ma part, dit Fournier, que plusieurs de nos clients, chez lesquels des arthropathies se reproduisaient presque fatalement après chaque blennorrhagie nouvelle, étaient indemnes de toute manifestation rhumatismale, alors que leur urèthre était sain (1) ».

Dans nos observations, nous n'avons presque jamais trouvé d'antécédents rhumatismaux, ni héréditaires, ni personnels, si ce n'est pour les malades, des observations V et VII, l'un ayant eu des rhumatismes lui-même, l'autre ayant des antécédents du côté de sa mère.

De ce que nous n'avons pas trouvé d'antécédents d'ordre rhumatismal chez nos malades, cela ne voudrait pas dire, comme le fait remarquer spirituellement M. Besnier, que le plus sûr moyen d'échapper au rhumatisme blennorrhagique serait d'être rhumatisant. Tant s'en faut. Mais cela prouve que la blennorrhagie peut se passer de la diathèse rhumatismale en puissance et suffit à créer l'arthrite, spontanément.

Nous pouvons donc dire que ces accidents sont la conséquence de l'infection blennorrhagique.

Faut-il rejeter complètement l'arthritisme ?

Nous ne le pensons pas ; mais, nous ne le retenons,

(1) Art. Blenno. Dict^{re} de méd. et de chirurg. pratiques.

que pour donner aux arthritiques plus de prédisposition à contracter les maladies infectieuses et pour rendre ces mêmes personnes, plus aptes aux récidives, leur organisme se trouvant en état d'infériorité manifeste.

L'influence du froid n'a pas été oubliée par le professeur Peter, qui lui fait jouer absolument le même rôle que dans le rhumatisme vulgaire.

M. F. Brun (1) en fait avec le traumatisme une des grandes causes adjuvantes.

Il insiste sur cette question d'une façon toute particulière ; et pour lui, si l'arthrite blennorrhagique a souvent un début subit, sans cause aucune, c'est que le plus souvent elle succède à un refroidissement (Obs. IX), à une fatigue, à un traumatisme.

Si quelques auteurs, dit-il, parlent du peu de fréquence de l'arthrite aiguë blennorrhagique, c'est précisément parce que les malades se présentent souvent, en invoquant comme cause de leur maladie un traumatisme ou un refroidissement.

Ici encore, nous rencontrons M. Fournier, refusant l'appui de sa grande autorité et proclamant hautement qu'il n'existe ni causes secondaires, ni causes adjuvantes de l'arthrite blennorrhagique. « Le refroidissement, l'humidité, dit-il, sont absolument étrangers, au moins dans l'énorme majorité des cas, à la production des accidents articulaires. »

Les faits que nous avons observés, concordent de tout point, avec cette opinion.

(1) F. Brun. Thèse de Paris, 1881. Arthrite blennorrhagique.

Prises sans aucune idée préconçue, nos observations ne nous ont jamais révélé l'influence déterminante du froid, si ce n'est l'observation IX que nous avons empruntée à un mémoire de M. Leloir.

Faut-il nier pour cela l'influence du froid ?

Telle n'est point notre opinion. La thèse de M. F. Brun, contient beaucoup d'exemples, où cette influence a été très nette et très manifeste.

L'influence du froid avait été déjà signalée par Ricord, Lagneau et Wælker. Ce dernier lui accorde une mention toute spéciale.

Pour Wælker le rhumatisme blennorrhagique est presque inconnu en Italie. Il en est de même aux Antilles (Besnier).

En revanche il serait plus fréquent en Angleterre qu'en France.

D'aucuns ont ajouté aux causes adjuvantes, la misère physiologique. Duboc (1) publie des statistiques établissant que la classe pauvre est plus souvent atteinte par les complications articulaires de la blennorrhagie, que la classe aisée. Les ouvriers, les personnes vivant dans des conditions hygiéniques défectueuses, en un mot les personnes obligées d'aller demander un lit à l'hôpital pour cause de misère, paient à l'arthrite qui nous occupe, un tribut plus considérable que les personnes riches.

Nous ne pensons réellement pas qu'il faille voir là, une cause spéciale à notre sujet et capable de nous arrêter. La misère physiologique, en effet, est le facteur le plus considérable, qui demande une part très vaste dans la genèse de toutes les maladies.

(1) Thèse de Paris, 1881. (Arthr. blenn.)

On peut faire les mêmes remarques par rapport à la fatigue. Niée par les uns, admise par les autres, elle nous semble devoir être prise en considération (observation VIII), ainsi que le traumatisme.

L'intervention du traumatisme dans la production des arthrites est très bien mise en évidence, par l'expérimentation : Prenez un animal auquel vous inoculez le bacille de Koch ; contusionnez-lui une articulation et vous verrez une arthrite avec toutes ses complications se manifester au point atteint par le traumatisme.

Par conséquent il nous semble juste d'admettre comme causes adjuvantes de la blennorrhagie dans la production de l'arthrite, le froid, l'humidité, les contusions et les violences extérieures.

Age. — L'arthrite blennorrhagique est une affection de tous les âges. Bécclère (1) cite deux observations, recueillies en 1891, relatives, la première à une fillette de 5 ans et demi, Elle était atteinte de deux arthrites radio-carpiennes accompagnées de synovite tendineuse. Ses organes génitaux étaient l'objet d'un écoulement de pus épais, verdâtre. L'immobilité, la compression amenèrent la guérison en 15 jours. « Si de pareils accidents existaient chez une femme, dit-il, on n'hésiterait pas un instant à leur attribuer une origine blennorrhagique. »

La 2^e concerne une fillette de 20 mois, atteinte de mono-arthrite tibio-tarsienne, dont la guérison a été obtenue en 8 jours. Cette enfant aurait été contaminée par sa mère.

(1) Bécclère. Rhum. blennor. chez les enfants. Société de Dermatologie et Syphiligraphie, 1892, 3^e session annuelle.

L'âge de nos malades est compris entre 19 et 38 ans. Nous devons faire une exception pour le malade de l'observation IV, qui est âgé de 66 ans. En général, on peut dire que l'arthrite blennorrhagique éclate entre 20 et 45 ans, c'est-à-dire pendant la plus grande période d'activité de la vie sexuelle.

Sexe. — Ricord pensait que cette affection se rencontrait chez l'homme plus souvent que chez la femme. Cette assertion tient à ce que le médecin de l'hôpital du Midi, observait constamment des hommes. — Elle est inexacte et le sexe faible est aussi fréquemment frappé que le sexe fort. Il y a, cependant, un avantage à l'endroit des femmes. L'arthrite blennorrhagique est presque toujours chez elles mono-articulaire ainsi que le témoignent nos observations II, VI, VII, X, etc.

Siège. — Les articulations prises au cours de la blennorrhagie sont par ordre de fréquence, celles du genou, un tiers des fois ; du coude, du poignet, un sixième des fois ; de l'épaule, plus rarement. L'arthrite du cou-de-pied est assez fréquente. Les petites jointures viennent en dernier lieu.

Les articulations vertébrales (1); en particulier, celles de la région cervicale (observation IX) peuvent être quelquefois le siège de complications de même ordre que les précédentes. La chose n'est point commune et c'est sa rareté que nous avons voulu signaler.

« M. Hermet est allé jusqu'à décrire une arthrite de la chaîne des osselets ; arthrite qu'il a attribuée

(1) Leloir. Etude sur le Rhum. blennor., 1878.

à la blennorrhagie, au même titre que les arthrites des autres articulations du corps, hypothèse pour le moins ingénieuse (1) ».

Ces arthropathies apparaissent à toutes les époques, quelquefois dès les premiers jours de l'écoulement, le plus souvent entre le 15^e et le 30^e jour. D'autres fois, elles surviennent au moment où il n'existe plus trace de blennorrhagie. (Observ. X.)

Leur durée est très variable. Chez nos malades, cependant, elle oscille entre 40 et 45 jours. Dans un cas, nous avons observé un épanchement qui durait depuis plus de dix mois (Observ. XIII).

La gravité des accidents articulaires, est-elle en rapport avec l'intensité de la blennorrhagie ?

Pour Ricord, il existe une grande irrégularité entre ces deux accidents, au point de vue de l'intensité et de l'acuité.

Fourestié, au contraire, soutient que les intensités de la blennorrhagie et du rhumatisme consécutif, sont dans un rapport direct : à une blennorrhagie aiguë succédera une arthrite aiguë ; à une blennorrhagie légère, une arthropathie lente, une synovite.

Nous ne contestons par les observations de M. Fourestié, mais dans nos observations personnelles, nous avons vu des arthrites assez sérieuses être la conséquence d'écoulements blennorrhagiques très légers (Observ. I. II. V. VII) et survenir même après disparition complète de la gonorrhée (?) (Obs. X).

(1) Tillaux. Clinique chirurgicale. (Otitis moyenne), I. Volume.

II. Pathogénie. — Il est presque universellement reconnu aujourd'hui que la blennorrhagie est une maladie d'origine infectieuse, microbienne, spécifique.

Avant 1878-1881, il pouvait encore subsister quelques doutes à cet égard, mais la découverte du Gonocoque par Neisser, dans le pus des blennorrhagiques, est venu les lever, en montrant l'agent provocateur producteur du mal.

L'existence des manifestations articulaires compliquant la blennorrhagie, est aussi des plus manifestes et pour avoir été beaucoup discutée, n'en est que mieux établie.

Mais comment ces complications se produisent-elles ? comment expliquer qu'une inflammation urétrale ait un retentissement si intense sur l'appareil de la locomotion ?

Ici encore nous allons rencontrer les théories les plus opposées. Nous connaissons déjà le réveil de la diathèse rhumatismale du professeur Peter, réveil occasionné par la blennorrhagie ; nous connaissons le réveil de cette même diathèse ou sa formation, par l'état génital de Lorain.

Voyons rapidement les autres opinions qui se sont manifestées.

Lasègue, avec tout son talent, attribua à l'arthrite blennorrhagique une nature pyohémique. Il rapprochait la blennorrhagie de la dysentérie et de la variole et attribuait les complications articulaires à l'absorption du pus par l'urèthre.

Cette opinion fut reprise en 1873 par Diday et en 1881 par M. Talamon, dans la *Revue mensuelle de*

médecine et de chirurgie. Les grands progrès de la doctrine parasitaire, en mettant en évidence la présence dans le sang, de principes infectieux et virulents, sont venus apporter leur appui à cette théorie. Les germes de la suppuration que l'on trouve dans le canal uréthral, à l'état pathologique, seraient absorbés et détermineraient une infection générale comme dans les grandes maladies infectieuses. Il se passerait dans ces conditions, quelque chose d'analogue à ce qui se produit au cours de certaines pneumonies graves et beaucoup plus souvent au cours de la tuberculose.

Les arthrites consécutives à la pneumonie, ont été signalées depuis longtemps. Quant à la tuberculose, il n'entrera dans l'esprit de personne de méconnaître ses manifestations articulaires, malheureusement trop fréquentes et trop nombreuses.

En 1882, M. le professeur Bouchard, dans ses études sur les *maladies par ralentissement de la nutrition*, consacre un chapitre à l'arthrite blennorrhagique. Il établit d'une façon précise le caractère infectieux de la blennorrhagie et en donne pour preuve la présence plusieurs fois constatée dans le sang des agents microbiens de cette affection. Il place l'arthrite sous l'influence immédiate et sous la dépendance de l'écoulement contagieux.

Cependant il n'accepte pas le rhumatisme uréthral réflexe, tel que le conçoit M. A. Fournier ; et il invoque, en faveur de sa thèse, la présence de l'arthrite chez les personnes atteintes de blennorrhagie vaginale.

M. Bouchard (1) a trouvé quatre fois le microbe

(1) *Maladies par ralentissement de la nutrition*, 1882.

étudié et décrit par Neisser, dans le sang d'individus souffrant de la chaude-pisse.

Un an plus tard, en 1883, au congrès de Copenhague, Haslund annonçait que ses recherches à ce sujet, avaient été absolument négatives.

Petrone (1), au contraire, annonçait des résultats tout à fait positifs. Non seulement l'examen du sang de ses blennorrhagiens, lui avait révélé la présence du gonocoque, mais le même résultat lui avait été fourni par l'examen pratiqué sur le liquide retiré de l'articulation du genou.

Kammerer (2) relate deux observations, non moins intéressantes. Ayant pratiqué l'examen bactériologique du liquide retiré de l'articulation d'un genou, atteint de rhumatisme blennorrhagique, il remarqua des cocci en tout semblables aux gonocoques. L'épanchement se reproduisit quelques jours plus tard et devint purulent. Toute espèce de microbes avait disparu. Du moins l'examen fut négatif.

La présence du gonocoque, dans les liquides provenant des arthrites est signalée, en même temps, un peu de tous côtés. Bergmann, Schedler, Bokhardt, Bloxham à l'étranger; Bousquet de Clermont-Ferrand, en France, apportent tour à tour des observations très concluantes. Non seulement ils signalent le coccus de Neisser, dans l'épanchement articulaire, mais ils nous le montrent dans des végétations endocardiques et dans des foyers purulents des reins.

(1) Revue clinique de Bologne, 1883. (De la nature parasitaire de l'Arthrite blennorrhagique).

(2) Centrblatt für chirurgie. 1884, p. 49, n° 404.

Dans sa thèse d'agrégation, M. de Lapersonne (1) rapporte deux observations relatives à la présence du gonocoque.

M. Jullien, de son côté a pu faire les mêmes constatations.

Actuellement nous ne manquons pas d'exemples de ce genre. M. Jouis (2) rapporte un cas d'Hydarthrose blennorrhagique du genou droit, où le liquide soigneusement recueilli et soumis à l'examen bactériologique, « a permis de constater l'existence de nombreuses colonies de gonocoques, à l'aide des réactifs, qui permettent de déceler le microbe de Neisser et empêchent de le confondre avec un autre microorganisme » (3).

En 1892, M. Jacquet, dans une communication à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie française, parle d'une mono-arthrite à liquide louche, pyoïde, observée avec M. le professeur Debove, et où il a constaté et fait constater des cellules polynucleées, dont le protoplasma était bourré de diplocoques volumineux, aplatis, absolument comparables comme aspect aux gonocoques. Il ajoute que l'ensemencement ne lui a pas fourni de colonies, mais que cet insuccès lui paraît dû à la difficulté avec laquelle se cultive le gonocoque.

Enfin, dernièrement, notre maître, M. le docteur Rendu, dans une importante relation faite à la Société médicale des Hôpitaux, a rapporté un cas (on trou-

(1) Arthrites infectieuses non tuberculeuses, 1886. Thèse d'agrég., Paris.

(2) Thèse de Paris. 1891. Diverses formes d'Arth. blennorr.

(3) Examen fait par M. Louis, interne à l'hôpital Bichat.

vera l'observation, à la fin) où l'examen bactériologique du liquide purulent, provenant d'une arthrite blennorrhagique, avait été négatif, tandis que les cultures sur sérum et gélose avaient permis de déceler un microbe semblable au gonocoque.

A côté de ces faits, il convient de ne pas oublier les faits contraires, les recherches négatives.

M. Roux n'a pas trouvé de gonocoque dans le sang.

Aubert ne fut pas plus heureux, dans ses examens pratiqués sur un liquide purulent d'origine blennorrhagique.

Même insuccès pour MM. Dieulafoy et Vidal.

MM. Guyon et Janet sont arrivés à un résultat de même ordre, c'est-à-dire tout à fait négatif. Aussi, ils affirment l'existence de l'arthrite blennorrhagique sans gonocoques (1).

Ces faits contradictoires ont porté beaucoup d'auteurs à considérer l'arthrite qui nous occupe, comme étant le produit d'une infection secondaire. Se plaçant entre Lasègue et M. Talamon qui expliquent ces arthropathies par l'absorption du pus, et les partisans de l'infection par le gonocoque spécialement, ils attribuent les complications articulaires de la blennorrhagie, à d'autres microorganismes qui pénètrent dans la circulation générale avec le gonocoque.

Le gonocoque ne ferait que préparer le terrain. La muqueuse uréthrale, une fois atteinte pathologiquement, deviendrait un milieu favorable aux mi-

(1) Arthrites blennorrh. sans gonocoques. — Annales génito-urinaires. 1889.

crobes de la suppuration. De belles colonies ne tarderaient pas à se produire, et les agents infectieux pullulant à leur aise iraient se loger sur les séreuses articulaires.

Cette théorie défendue par Audry (1) a été soutenue plus tard par MM. Guyon et Janet.

Quelles conclusions tirer de ces différentes observations ?

Les examens alternativement positifs et négatifs seraient faits pour nous encourager à accepter la théorie de l'infection secondaire d'Audry. — Cependant, parmi les observations que nous avons citées, celles où l'examen a montré l'existence du gonocoque, ne sont pas les moins nombreuses.

Et puis, de ce qu'on n'a pas trouvé le gonocoque dans un épanchement peut-on dire qu'il n'y est pas ou qu'il n'a pas existé ?

Dans l'observation de M. Rendu, l'examen microscopique a donné un résultat négatif et la culture un résultat positif, toujours pour un même liquide. Dans l'observation de M. L. Jacquet les rôles sont renversés : l'examen microscopique a décelé le microbe, la culture, au contraire, n'a rien produit.

Après toutes ces considérations, nous serions plutôt porté à penser avec M. le professeur Duplay, que les séreuses constituent un mauvais milieu de culture pour le gonocoque, et qu'une fois qu'il a pénétré dans leur intérieur, il se détruit rapidement.

(1) Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1887. (Du gonocoque de Neisser et de ses rapports avec les manifestations parablennorrhéiques.)

D'ailleurs, on ne doit pas oublier que le microbe en question est aérobic et que s'il se trouve à l'aise dans le canal uréthral, il n'en est pas de même quand il se trouve enfermé dans un espace où l'air lui fait défaut.

Nous dirons donc que le gonocoque est l'agent de la blennorrhagie et que, pris par la circulation, il chemine dans notre organisme, pour venir s'arrêter sur les séreuses articulaires.

ÉTUDE CLINIQUE

Au point de vue clinique, le rhumatisme blennorrhagique se présente sous différents aspects, selon que ses manifestations sont articulaires ou abarticulaires, ou articulaires et abarticulaires en même temps.

Les complications articulaires, de beaucoup plus fréquentes, se traduisent en général par un épanchement débutant d'une façon lente et insidieuse ou bien d'une façon soudaine. Dans les manifestations abarticulaires, la phlegmasie envahit progressivement les bourses séreuses (obs. XIII), les gaines tendineuses, les tendons, voire même les muscles (obs. X) au point de simuler une véritable myosite.

Parmi les complications articulaires, la forme mono-articulaire, la première en date, fut longtemps considérée comme spéciale au Rhumatisme blennorrhagique (obs. II, III, IV, V, VI). Ce caractère d'une grande importance, quand il existe seul, n'est point fait pour exclure la forme polyarticulaire (obs. VIII, IX, XII, XIII, XIV). Il arrive souvent qu'il n'y a pas seulement une seule articulation atteinte d'une façon spéciale. On en rencontre à la fois plusieurs qui sont l'objet de douleurs plus ou moins vives. Ce fait avait été très bien observé par Ricord. « L'existence de l'inflammation sur une seule articulation, dit-il, la marche chronique, l'Hydartrose, sont des caractères qui pourront aider à reconnaître la na-

ture blennorrhagique d'un rhumatisme, mais à côté on trouve des arthrites qui peuvent occuper plusieurs articulations, etc... »

Comment ces accidents se manifestent-ils ? en d'autres termes, *quels sont les symptômes qui nous permettront de préciser la nature blennorrhagique d'une arthrite ?*

Les anciens décrivaient dans toute inflammation, la douleur, la tuméfaction, la chaleur et la rougeur. Chez tous nos malades, nous retrouvons ces signes tantôt isolés, tantôt réunis, tantôt accompagnés d'autres plus graves.

Presque toujours, le malade commence par ressentir des douleurs vagues et mal définies, un léger malaise dans ses petites articulations. Par eux-mêmes, ces troubles que l'on rattache à la forme arthralgique, n'auraient aucune gravité, s'ils n'étaient précurseurs de symptômes plus sérieux.

Aux douleurs vagues, intermittentes, succèdent brusquement des douleurs très intenses, se localisant à une ou plusieurs jointures. Elles apparaissent souvent pendant la nuit. Plusieurs malades racontent, en effet, qu'ils se sont couchés bien portants et qu'ils ont été réveillés par une douleur très vive au niveau d'une articulation. Cette douleur s'accompagne d'un gonflement, d'où résulte pour l'articulation une déformation parfois considérable, bientôt suivie d'impotence fonctionnelle du membre.

La douleur est l'élément le plus important de l'affection. Son intensité, sa tenacité, sa persistance font de l'arthrite une grave infirmité.

Si elle est presque nulle dans les cas d'hydar-

throse simple, il n'en est pas de même dans les cas d'arthrite franchement avérée. Ici la douleur est atroce, comme disait Schwédiaur à propos de sa gonocèle. Elle se montre sous forme de brûlure, d'une façon spontanée. Elle s'exaspère par les mouvements que l'on imprime à la jointure. La pression exercée au niveau des interlignes articulaires, suffit pour arracher des cris aux patients. Le simple poids des couvertures devient parfois insupportable.

Le malade ne peut goûter aucun repos, pas plus la nuit que le jour. Au moment de s'endormir, le plus léger mouvement qu'il fait en s'assoupissant, réveille l'intensité de la douleur. On le voit alors chercher les positions les plus favorables, mettre ses muscles dans le relâchement, pour chercher un sommeil qui lui échappe et continuera de lui faire défaut, à moins qu'on n'intervienne, car cette douleur spontanée ou provoquée quand on presse sur les régions malades, disparaîtra, s'atténuera au moins d'une façon sensible dès que le membre sera soumis à l'immobilisation et au repos. Ce fait prouvé par l'expérience de tous les jours, n'a jamais été démenti par nos malades. La variété des appareils ne modifie en rien les résultats. Mettez le membre au repos et vous aurez aussitôt enlevé ou pour le moins atténué la douleur dans une grande mesure.

La tuméfaction constitue avec la douleur un des caractères les plus saillants de l'arthrite blennorrhagique. On la trouve généralement dans toutes les manifestations articulaires de ce genre de rhumatisme, que ces manifestations soient osseuses, abarticulaires ou siègent directement dans les jointures.

On la remarque de préférence dans les articulations où la synoviale émet des prolongements, comme au poignet (observations V, VI) au cou-de-pied, à la face dorsale du pied (observations XI, I, VII).

La face dorsale du poignet se confond avec la main. Les gaines des extenseurs fortement distendues par le liquide, donnent à la jointure l'apparence et la forme cylindrique. — Au coude l'Epitrochlée, l'Epicondyle, l'Olecrane disparaissent sous la poussée inflammatoire. Le membre supérieur revêt la forme d'un fuseau.

Quand la tuméfaction atteint l'articulation du genou, les phénomènes inflammatoires sont moins intenses, mais l'épanchement est plus considérable. En général même, l'hydarthrose se développe insidieusement et avec un peu d'indolence. Le genou est augmenté de volume, globuleux. Les saillies et les dépressions qui entourent la rotule ont complètement disparu. (Obs. II, XII, XIII, XIV). La fluctuation des plus évidentes est très bien perçue par le choc rotulien. Ici la guérison presque constante n'est pas trop longue à obtenir, et, il y a moins à craindre les désordres intra et extra-articulaires que pour les articulations du poignet, de l'épaule et de la hanche.

CAUSES DE LA TUMÉFACTION

L'articulation tuméfiée peut être le siège d'un grand épanchement, d'un épanchement moyen, ou bien être privée de toute espèce de liquide.

Dans les grands épanchements c'est l'hydarthrose qui doit être incriminée, comme cause de tuméfaction.

tion. Dans ce cas, il est probable qu'il se passe dans la synoviale quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans la plèvre.

Quand on a affaire à un épanchement moyen, l'œdème péri-articulaire domine. Les tissus qui entourent la synoviale s'infiltrant. Le trajet des tendons se dessine sous la peau qui devient rosée, s'empâte et prend l'aspect du phlegmon circonscrit. L'application des extrémités des doigts sur la région tuméfiée, détermine des godets comparables à ceux que l'on produit dans l'anasarque.

Dans le troisième cas, celui où le liquide fait défaut, le gonflement serait produit par une hypérostose, par un épaissement énorme des épiphyses ou par des épaissements fibreux développés sur la face interne de la synoviale. — Cette forme d'arthrite, sur laquelle M. F. Brun (1) insiste particulièrement, a été très bien vue par Brandes et Gosselin. Ils ont, les premiers appelé l'attention sur elle, à cause de sa gravité et de sa grande tendance à devenir ankylosante. Cette hypérostose pour Gosselin, est due à de l'ostéite ou de la périostite condensante.

Aux symptômes douleur et tuméfaction, nous pouvons ajouter la rougeur et la chaleur, qui font rarement défaut ; la fièvre qui se remarque dans les formes graves. N'oublions pas les troubles fonctionnels ; les mouvements de flexion et d'extension pour le genou et le coude ; les mouvements de flexion, d'extension et de latéralité pour le poignet sont généralement très douloureux ou impossibles.

(1) Brun. Thèse de Paris, 1881. Arthr. blennorrh.

Par troubles fonctionnels, il ne faut pas entendre seulement l'impossibilité d'accomplir les mouvements normaux. La possibilité d'imprimer aux membres des mouvements anormaux doit trouver place dans ce paragraphe. Gosselin (1) relate dans une observation, qu'il a provoqué des mouvements de latéralité dans une articulation fémoro-tibiale, atteinte d'arthrite blennorrhagique plastique. Il attribue les mouvements anormaux à la destruction des cartilages semi-lunaires (Brun).

En résumé le rhumatisme blennorrhagique, se manifeste sous forme d'hydarthrose légère ou tendant à la chronicité et sous forme d'arthrite unique ou d'arthrites multiples, accompagnées de gonflement, de chaleur, de douleur très vive et parfois de fièvre.

(1) Cliniques chirurgicales de la charité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

N'ayant jamais eu l'occasion de constater *de visu*, les lésions de l'arthrite blennorrhagique, les autopsies étant rares, nous ne dirons qu'un mot de l'anatomie pathologique.

Pour Gosselin, il doit se produire au début, de l'hypérémie, — comme dans les inflammations ordinaires, — avec ou sans formation d'exsudats sur les faces interne et externe de la synoviale.

Le produit de l'épanchement peut être séreux, louche, pyôïde ou franchement purulent.

Les altérations des cartilages se traduisent par une prolifération des cellules cartilagineuses.

M. le professeur Fournier rapporte des observations où les ligaments se sont ramollis, ont été détruits en partie; les cartilages ont perdu leur connexion avec les os, se sont ulcérés, ont disparu.

MARCHE — TERMINAISON

Abandonnées à elles-mêmes, les arthrites blennorrhagiques ont une marche lente et une terminaison désastreuse. A part quelques cas d'une bénignité relative, on peut dire qu'une arthrite non traitée entraînera l'impotence du membre.

Si elle n'est pas de mauvaise nature, un traitement approprié, le repos seul, suffiront pour en avoir raison en 30 ou 40 jours (moyenne de nos malades). Dans ces conditions, il est rare de la voir tendre à l'ankylose que l'on n'aura pas à craindre, en prenant la précaution d'imprimer des mouvements à la jointure après 8, 10 ou 12 jours d'immobilité.

Il est cependant des arthrites plastiques, ankylosantes (observation II), à forme destructive, à ostéite condensante, qui se terminent par l'ankylose ou la suppuration, si on n'intervient pas de bonne heure avec un traitement énergique.

L'observation minutieuse des symptômes permettra vite de donner le pronostic.

L'arthrite tend-elle vers la guérison, la douleur disparaît aussitôt, la peau reprend sa coloration normale, les mouvements reviennent progressivement; l'arthrite, au contraire, tend-elle à s'aggraver, tous les symptômes s'exagèrent: les douleurs deviennent atroces, la tuméfaction considérable; ce n'est plus de l'œdème qui entoure l'articulation, c'est un véritable phlegmon; la fièvre s'allume et le malade

peut tomber dans la prostration, comme s'il était sous le coup d'une grande pyrexie.

La terminaison par suppuration n'est pas fréquente. Elle existe, cependant, quoiqu'elle ait été niée par Rollet, Walker et par M. Fournier lui-même : « Ce mode de terminaison, dit-il, paraît être des plus rares et on s'accorde à reconnaître qu'il n'en existe pas dans la science un seul exemple bien authentique (1). »

Cette opinion vivement combattue par M. le docteur Talamon a été aussi modifiée par M. Fournier. Le professeur de Saint-Louis rapporte l'observation d'un homme de 30 ans qui mourut d'une fièvre typhoïde et qui avait été atteint au coude d'une arthrite de nature blennorrhagique. L'autopsie montra que l'articulation était remplie de pus.

Aujourd'hui, il n'est plus nécessaire d'attendre l'autopsie pour connaître la nature du liquide. La ponction suffit largement. (Observation XV).

En résumé, pour une arthrite traitée la guérison est la règle. Il pourra rester au début un peu de raideur, quelques craquements, une gêne plus ou moins marquée dans les mouvements, mais ces phénomènes ne tarderont pas à disparaître. — Chez nos malades, la guérison a été presque constante. Elle a été obtenue dans le rapport de 7 pour 10, malgré la variété des cas : manifestations articulaires, abarticulaires ; liquide séreux ou liquide purulent.

Nous ne dirons qu'un mot du pronostic. Il dépendra de la forme de l'arthrite et de l'articulation atteinte. Il faut compter quelquefois sur les récidives qui se produisent à chaque blennorrhagie nouvelle.

(1) Article Blennorrhagie du Dict. de médecine et de chirurg., 1866.

DIAGNOSTIC

Considéré dans son ensemble, le Rhumatisme blennorrhagique présente des caractères propres, une physionomie particulière qui permettent de le distinguer des autres manifestations articulaires morbides.

Avec le Rhumatisme vulgaire. — Dans la forme rhumatismale ordinaire, le diagnostic est entouré de quelques difficultés, mais le manque de phénomènes généraux ou du moins leur atténuation aideront à faire reconnaître la nature de l'affection. Il peut y avoir malaise, inappétence, courbature, mais tous ces symptômes sont moins violents que dans le rhumatisme ordinaire.

Le rhumatisme d'origine blennorrhagique a moins de tendance à la généralisation. En général mono-articulaire, il peut toutefois gagner plusieurs articulations. (Obs. VIII, IX, XII, XIII, XIV.) Mais il ne se généralise pas comme le rhumatisme vulgaire qui, en l'espace de deux jours, cloue le malade au lit, le torture de souffrances en l'empêchant de faire le moindre petit mouvement.

Il est moins mobile, plus fixe. Si le rhumatisme blennorrhagique devient polyarticulaire, il est juste de remarquer que les articulations secondairement atteintes le sont à un moindre degré que la première, qui, elle, réunit tous les caractères pathologiques.

L'arthrite blennorrhagique se résout plus diffi-

cilement. La fièvre est à peu près nulle et les sueurs sont absentes chez les blennorrhagiens. Les rhumatisants se plaignent, au contraire, de la chaleur. Chez eux le thermomètre monte comme dans les grandes infections. Ils sont inondés sans relâche par des sueurs profuses et âcres. — Leurs urines revêtent un caractère particulier. Si on les laisse reposer dans un bocal, elles déposent en peu de temps, d'énormes quantités d'urates. — Dans le rhumatisme blennorrhagique, nous ne trouvons aucun de ces caractères.

Le sang lui-même change d'aspect. Non couenneux chez nos malades, il présente de belles couennes, quand on saigne les rhumatisants vulgaires.

La différence est tout aussi grande du côté des viscères. Les complications viscérales, qui sont presque la règle dans un cas, deviennent l'exception dans l'autre.

Nous n'avons presque jamais remarqué de troubles du côté du cœur, pour les cas qui nous intéressent. Cela ne veut pas dire que ces troubles ne puissent exister. Toujours est-il qu'ils accompagnent rarement les arthrites de la blennorrhagie. La même incertitude et la même inconstance s'observent du côté des grandes séreuses.

Une grande différenciation de l'arthrite blennorrhagique et du rhumatisme ordinaire, résulte de l'intensité de la douleur. « Plus ou moins intenses au début, les douleurs de la forme arthritique du Rhumatisme blennorrhagique, dit M. le professeur Fournier, se calment toujours par le repos et ne tardent pas à devenir modérées, bien plus modérées notam-

ment que celles du rhumatisme vulgaire. » C'est là aussi l'opinion de Ricord et de Rollet.

Enfin pour nous résumer, nous dirons avec M. Brun que ce qui distingue le rhumatisme blennorrhagique du rhumatisme ordinaire, c'est « le moins grand nombre de localisations articulaires, le plus de fixité des accidents sur la même jointure, la moins grande disposition alternante et enfin la lenteur plus prononcée des manifestations locales. »

Si nous ajoutons que l'arthrite blennorrhagique se répète à la suite de chaque blennorrhagie, nous aurons donné à peu près tous ses caractères distinctifs.

Avec la tumeur blanche. — Au premier abord, le diagnostic avec cette grave affection, paraît ne pas présenter de difficulté réelle. Toutefois, au début, il est souvent nécessaire de procéder à un examen très minutieux pour éviter l'erreur, surtout quand il s'agit d'une arthrite à forme plastique. Le gonflement des épiphyses, le volume démesuré, anormal des extrémités osseuses, un épanchement manquant de caractères nets, l'impotence du membre pourront faire pencher du côté de la tuberculose. Cette erreur sera de courte durée. La cause initiale, l'évolution de la maladie, l'état général du sujet viendront vite la dissiper.

Il n'en sera pas de même, si on a affaire à un *pseudo-rhumatisme syphilitique*. Cet accident, heureusement rare, prend la forme arthralgique. Il se localise sur une grande jointure telle que celle du genou ou de l'épaule (1), avec épanchement et phleg-

(1) Amaral. Thèse de Paris. (Rhumatisme blennorrhagique).

masie péri-articulaire. On voit combien ce diagnostic sera peu aisé si la blennorrhagie et la syphilis coexistent.

Avec le phlegmon. — Des deux côtés nous trouvons de la douleur, de la tuméfaction, de la rougeur et de la chaleur. Mais dans le phlegmon, l'empâtement est plus superficiel et ne gagne pas l'articulation. La douleur est diffuse. Elle n'est pas localisée comme dans l'arthrite blennorrhagique.

Un phlegmon grave se reconnaîtra encore plus facilement qu'un phlegmon de faible intensité. L'envahissement rapide des couches celluluses voisines, la mortification des tissus, les frissons, la fièvre indiqueront la nature de l'infection.

Avec l'Angioleucite. — La ténosite, l'arthro-synovite blennorrhagique ont de commun avec l'Angioleucite la douleur, la tuméfaction, les trainées rougeâtres. Ici pourtant la douleur est moins intense, la tuméfaction moins oedémateuse que dans l'arthrite. La rougeur au lieu de former de vastes plaques, se montre sous forme de stries, de trainées suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques et aboutissant à des ganglions engorgés la plupart du temps. La fièvre fait rarement défaut. D'ailleurs, avec un peu d'attention, il sera aisé de remonter à la source. On trouvera facilement la solution de continuité qui a occasionné la lymphangite et la blennorrhagie qui a causé la phlegmasie juxta ou péri-articulaire.

Avec l'arthrite traumatique. — Si l'arthrite est le résultat d'une plaie pénétrante, rien ne sera plus facile que d'en établir la nature. L'aspect de l'articulation, la présence de la plaie suffiront pour résoudre

la question. Mais si l'arthrite est le résultat d'une simple contusion dont les traces extérieures ont tout à fait disparu, le diagnostic ne s'imposera pas. Les commémoratifs, l'existence ou l'absence d'un écoulement urétral, pourront seuls lever les doutes.

D'une manière générale et malgré l'opinion de Ricord qui dit : « Il est impossible de faire le diagnostic de l'arthrite blennorrhagique et de l'arthrite rhumatismale », nous dirons que ce diagnostic pourra et devra être fait, non seulement avec le rhumatisme proprement dit, mais aussi avec toutes les autres espèces d'arthrites, au moyen des caractères et des signes que nous avons énumérés.

L'examen de l'urèthre ne devra jamais être négligé. Il sera souvent d'un puissant secours pour établir la nature de l'affection.

COMPLICATIONS

Nous avons dit que l'arthrite blennorrhagique se terminait par la guérison dans la majorité des cas. Cette guérison est souvent incomplète. Des complications sérieuses viennent assombrir le tableau. Nous ne parlerons pas des grandes complications viscérales, des complications cérébrales que l'on rencontre quelquefois dans le rhumatisme vulgaire.

N'ayant jamais eu l'occasion de les observer dans le rhumatisme qui fait l'objet de notre travail, nous ne nous y arrêterons pas. Mais nous voudrions appeler un moment l'attention sur les complications osseuses et musculaires.

Du côté des os, signalons l'hypérostose (Obs. II) entraînant à sa suite l'ankylose et l'impotence fonctionnelle qui en est le complément immédiat et inévitable. Niée par M. Besnier (1), l'hypérostose a été observée par MM. Fournier et Morel-Lavallée.

Du côté des muscles, signalons d'abord la myosite (Obs. X), due probablement à la propagation des éléments infectieux, et ensuite l'atrophie.

L'atrophie musculaire blennorrhagique est fréquente. Elle revêt au point de vue clinique des formes si différentes, que l'on se demande si elles sont de même nature. Elle frappe de préférence les muscles qui entourent l'articulation malade, se rappro-

(1) Dict. encyclopédique. (Art. Rhumatisme).

chant en ce point de l'atrophie consécutive aux arthrites chroniques.

On la voit se localiser aussi, surtout dans le cas d'arthrite mono-articulaire sur les muscles éloignés du foyer morbide (Obs. IX et XI) et n'ayant aucun rapport avec lui.

D'autres fois, cette atrophie se généralise. Elle prend la forme de l'atrophie musculaire progressive. (Obs. VIII). Nous rappellerons à ce sujet le cas d'un Monsieur qui se présenta, il y a quatre ans, dans le cabinet d'un de nos plus grands cliniciens. La maigreur extrême du malade, sa cachexie profonde frappèrent tellement le médecin, qu'il crut à première vue avoir affaire à un tuberculeux. L'erreur fut de courte durée. Le faux tuberculeux avait contracté une blennorrhagie, à la suite de laquelle il avait eu un rhumatisme généralisé; et, c'est à ce rhumatisme généralisé; et, c'est à ce rhumatisme généralisé qu'il a fallu attribuer la fonte des tissus, l'atrophie considérable des muscles du malheureux consultant.

L'atrophie se développe tantôt insidieusement et d'une manière progressive, tantôt, au contraire, d'une façon rapide. Elle suit pas à pas l'évolution des poussées rhumatismales.

En général, après la guérison de l'arthrite, les muscles reprennent leur volume, leur force, leur contractilité, mais ce retour n'est pas constant. On peut espérer la guérison radicale d'une atrophie résultant d'une mono-hydarthrose, mais il faut renoncer à la voir rétrocéder, quand elle s'est généralisée.

NATURE DES ATROPHIES.

Comme toutes les questions de pathogénie, celle de l'atrophie musculaire, dans l'arthrite blennorrhagique, a donné lieu à diverses interprétations.

On a commencé par incriminer le traitement. L'immobilisation, privant le membre de mouvements, empêche les muscles de fonctionner. Cette inactivité serait le principal agent de l'atrophie pour Cruveilhier et Onimus.

Pour J. Roux, il faudrait chercher la cause dans l'anémie vasculaire qui serait produite par la compression.

Gosselin invoque l'insuffisance de la nutrition musculaire; d'autres la myosite par propagation; d'autres les névrites.

Vulpian attribuait ces atrophies à une action réflexe et les expliquait en disant que les centres trophiques de la moëlle se laissent impressionner à distance par les manifestations morbides articulaires.

Cette théorie de l'action réflexe, adoptée par M. Le Fort, a trouvé un puissant appui dans la grande autorité de M. le professeur Charcot.

M. Charcot a montré, grâce à son expérience clinique, que cette atrophie ne gagnait pas tous les muscles sans distinction, mais qu'elle se localisait de préférence sur les extenseurs; qu'elle n'était pas proportionnelle à l'arthropathie, ni comme intensité, ni comme étendue, et qu'elle ne suivait pas toujours l'arthrite dans sa guérison.

Il n'existe pas plus de rapport pour l'acuité entre l'atrophie et l'arthrite, qu'entre l'arthrite et la blennorrhagie.

La théorie de l'action réflexe a été reprise par M. le docteur Raymond qui l'a contrôlée et vérifiée par de nombreuses expériences.

M. Raymond (1) a expérimenté sur des chiens et des chats nouveau-nés. Il a déterminé expérimentalement chez ces animaux des arthrites suppurées, en injectant dans leurs articulations du nitrate d'argent ou de l'essence de térébenthine, après avoir préalablement cautérisé les surfaces articulaires, au fer rouge. Consécutivement les muscles se sont altérés en un laps de temps assez court.

Les résultats obtenus ont été d'une netteté et d'une constance remarquables. Aussi M. Raymond a pu conclure : que si on détermine une lésion dans une articulation, on voit apparaître une foule de symptômes tels que l'impotence fonctionnelle, l'exagération des contractions et de l'excitabilité électrique, des troubles du côté de la sensibilité et surtout l'atrophie musculaire. Il a vu de plus que l'atrophie portait sur le tissu interstitiel et non sur les fibres musculaires elles-mêmes et que cette atrophie ne se produisait pas, si on coupait les racines postérieures de la moëlle, c'est-à-dire, si on interrompait, par cette section, le circuit nécessaire à la production de l'acte réflexe.

Ces expériences conduites sur de jeunes animaux,

(1) Pathogénie des atrophies musculaires consécutives aux arthrites traumatiques. (Revue de médecine, mai 1890).

privés physiologiquement de cordons latéraux, ont été contrôlées par des expériences pratiquées sur des animaux adultes que l'on a privés de cordons latéraux ou chez lesquels on a sectionné la moëlle dans une de ses moitiés. Deux membres homologues ayant été alors soumis à l'action d'un traumatisme, l'atrophie s'est déclarée dans celui des deux qui était placé sous la dépendance de la partie de la moëlle expérimentalement lésée.

Il résulte donc :

Que l'atrophie musculaire déterminée par les arthrites a une origine purement réflexe ;

Qu'elle est le résultat du retentissement de l'arthropathie sur les centres trophiques médullaires, et que ce trouble est d'ordre purement dynamique, parce qu'on n'a jamais pu trouver de lésions anato-mo-pathologiques.

L'arthrite blennorrhagique ayant une origine infectieuse, l'atrophie qu'elle détermine trouve une explication suffisante dans les remarquables recherches de M. Raymond.

TRAITEMENT

Comme toutes les autres arthrites, l'arthrite blennorrhagique demande à être traitée dès le début des accidents. On peut avoir recours contre elle, en partie aux moyens thérapeutiques employés contre les manifestations articulaires ordinaires. Mais ils sont souvent insuffisants. Le médecin est obligé de demander secours à une thérapeutique spéciale.

Le traitement sera plus ou moins énergique, et tirera sa principale indication de la forme du rhumatisme. Les phénomènes nettement inflammatoires, abarticulaires, tenant à la forme arthralgique seront heureusement influencés par le repos et les révulsifs de toute nature, en particulier pour les pointes de feu dont l'action rapide suffit souvent pour enrayer la marche des accidents. (Observ. VI, VII, XI.)

Le même traitement se trouvera indiqué pour toutes les autres formes, mais il aura besoin d'être complété. A la trilogie Immobilité, Révulsion, Compression, nous ajouterons volontiers la Ponction simple et surtout la ponction suivie d'injection de sublimé, telle que nous l'avons vu pratiquer par notre maître Monsieur le Docteur Rendu.

Immobilisation. — Au premier rang des antiphlogistiques nous trouvons l'Immobilisation. La condition principale de l'immobilité consiste dans la bonne attitude à donner au membre. Si le membre est dans une attitude vicieuse, il faudra commencer par

le redresser (observ. III), en ayant soin d'endormir les malades sous le chloroforme, pour mettre leurs muscles dans le relâchement et pour ne pas leur faire endurer des souffrances inutiles.

L'attitude variera selon les articulations. Toujours, elle sera soumise à la règle suivante : *En cas d'ankylose, le membre rendra encore le plus de services possible.* L'articulation tibio-tarsienne sera fléchie de manière que le pied forme un angle droit avec la jambe ; le genou et la hanche seront soumis à l'extension pour permettre la marche ; le coude sera à moitié fléchi et dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination.

En peu de jours l'immobilisation fait disparaître la douleur. Le gonflement diminue et l'infiltration des parties molles se résorbe avec rapidité. Cette immobilisation sera continuée aussi longtemps que la pression exercée au niveau de l'interligne articulaire causera de la douleur ; pour Malgaigne, tant que la pression exercée sur les saillies osseuses et les points les plus superficiels de la synoviale, éveille des douleurs.

On devra donc se hâter d'enlever les appareils dès que l'on aura constaté la disparition des phénomènes inflammatoires et douloureux. Faute de suivre ce précepte, on s'exposera à des mécomptes. Une immobilité prolongée est capable de produire des accidents irréparables. Teissier et Bonnet l'accusent d'avoir donné lieu à de la raideur des muscles péri-articulaires ; à l'inflammation de la synoviale et à la production des fausses membranes ; au ramollis-

sement des cartilages ; aux adhérences des parties osseuses dénudées, en un mot à l'ankylose (1).

On voit par ce tableau, combien il est nécessaire de préciser le moment de la levée de l'appareil.

La disparition de la douleur, avons-nous dit, sera la principale règle. Quelquefois cependant cette même douleur ne tarde pas à reparaitre. Dans ces conditions on prévoit les difficultés avec lesquelles on aura à lutter. Pour bien choisir son moment, il faudra alors tâtonner, enlever l'appareil, sauf à le remettre à la première réapparition des phénomènes douloureux. La crainte de l'ankylose poursuit tellement les praticiens, leur inspire une telle frayeur, que parfois ils impriment trop tôt des mouvements à l'articulation malade. On voit alors l'arthrite, qui tendait vers la guérison revenir à l'état aigu et se montrer plus grave qu'au début. Le mal au lieu de rester dans ses limites primitives, semble au contraire s'aggraver.

Aussi M. Verneuil (2) s'est élevé hautement contre cette pratique. L'immobilisation rigoureuse est pour lui, le meilleur résolutif. Les mouvements seraient les agents producteurs de l'ankylose.

Cependant, il ne faut pas oublier que quand on se trouve en présence d'une arthrite à forme ankylosante, on ne saurait être trop Ankylophobe. L'immobilité trop prolongée aurait des inconvénients graves. « Il ne faudrait pas trop compter sur la mobilisation naturelle, le libre jeu des muscles,

(1) Duplay et Reclus. Traité de chirurgie, 1891. T. III. Arthrite blennorrhagique. Traitement. !

(2) Verneuil. Bulletin de la Société de chirurgie, 1879. (Traitement de l'arthrite).

après l'enlèvement tardif de l'appareil. On imprimera à l'articulation des mouvements gradués et ménagés, aussitôt que possible, c'est-à-dire, selon le conseil de M. Le Fort, lorsque la mobilisation pourra s'effectuer sans autre douleur que celle qui est due à l'extension des parties retractées. »

L'immobilité est obtenue au moyen d'appareils variés. Pour l'articulation du genou et l'articulation tibio-tarsienne, on emploie de préférence l'appareil plâtré comme pour les fractures de jambe. (Obs. I, XI, VII). Il a sur l'appareil amidonné et dextriné l'avantage de pouvoir être obtenu plus vite et plus facilement. De plus, tout en immobilisant bien le membre, il laisse une grande partie de l'articulation à découvert. Ce n'est point là un côté à dédaigner, puisqu'on peut surveiller attentivement l'évolution de l'arthrite et faire en même temps de la révulsion, si le besoin s'en fait sentir. (Obs. VII).

Dans le cas où les phénomènes inflammatoires seraient trop accentués, il conviendrait d'immobiliser le membre dans une gouttière en fils de fer. L'appareil plâtré trouverait son indication au moment où la résolution serait obtenue.

Pour les articulations du poignet et du coude, l'attelle en bois est préférable.

Compression. — L'immobilisation, qui est un moyen indispensable pour la guérison de l'arthrite blennorrhagique, peut toutefois être insuffisante à elle seule. Aussi, on lui adjoint la compression comme complément immédiat.

En général, ces deux moyens, de la plus grande utilité, seront employés en même temps.

La compression doit être régulière, égale et énergique. Il faut être prudent dans son emploi. On ne doit pas perdre de vue qu'il y a des paquets vasculo-nerveux à ménager et que des troubles trophiques graves ne tarderaient pas à survenir faute d'attention.

A la régularité, à l'égalité, à l'énergie, la compression joindra l'élasticité.

Ces conditions se trouvent bien remplies par l'application de la ouate et des bandes de toile, ou mieux encore, des bandes de flanelle. On enveloppe l'articulation d'une couche d'ouate très épaisse et on serre fortement avec des bandes. Ce mode de traitement a donné plusieurs succès et c'est à lui que l'on a recours le plus généralement aujourd'hui.

Il est cependant un autre système auquel nous n'hésitons pas à donner la préférence, et qui nous semble réaliser la compression mieux que tout autre. *Il s'agit de la bande de caoutchouc.*

Recommandé par Bruns et Sieberman, l'emploi de la bande élastique a trouvé chez nous un ardent défenseur en M. M. Sée.

Pendant notre stage à l'hôpital Necker, nous avons vu reprendre par M. Rendu, ce traitement qui était délaissé, et nous avons eu l'occasion d'en constater les brillants résultats. Plusieurs de nos malades doivent à la bande de caoutchouc, d'avoir pu quitter l'hôpital, après un très court séjour et complètement guéris de leur affection. (Oberv. IV, V, XI) d'autres en voie de guérison, lui devront leur libération prochaine (obs. VI, VII, XIV).

Ce traitement n'exige point de connaissances spé-

ciales. Les phénomènes inflammatoires péri-articulaires étant en partie dissipés, on prend une bande de caoutchouc de 4 à 5 mètres de long et on l'enroule en spirale, de manière que chaque circonvolution recouvre en partie la circonvolution précédente. Il ne faut pas serrer, ou pour mieux dire on serre juste ce qu'il faut pour que la bande puisse tenir, en recommandant au malade de l'enlever dès qu'il ne pourra plus la supporter.

Cette bande produit l'effet d'un bain local. Aussitôt appliquée, elle provoque une forte transpiration au niveau de la région malade. Grâce à la pression douce et soutenue qu'elle exerce sur les organes, elle refoule les liquides extravasés qui les infiltrent, et elle les renvoie vers les tissus sains où leur absorption se fait très rapidement. La bande élastique agit comme le massage, mais avec cet avantage sur lui, qu'elle immobilise le membre et qu'elle a une action continue. Elle empêche de cette façon le retour du gonflement et de la douleur.

Ces considérations nous paraissent largement suffisantes pour donner à la bande de caoutchouc toutes nos préférences quand il s'agira des articulations du coude, du poignet, du genou et du cou-de-pied.

L'emploi de ces moyens simples suffit dans beaucoup de cas. Il en est d'autres où il faut recourir à un traitement plus énergique. Ce sont ceux où l'épanchement étant assez considérable, n'a pas de tendance à se résorber. Il faut alors faire la ponction. (Obs. XII, XIII, XIV, XV).

Ponction. — La ponction simple ou pour mieux

dire l'aspiration à l'aide des appareils de Potain et de Dieulafoy, est préférable à tous les révulsifs, même aux vésicatoires pour enlever le liquide des surfaces articulaires. Elle vide immédiatement la séreuse. Mais si l'on se borne à cette simple intervention, le liquide ne tardera pas à se reproduire. Aussi après avoir évacué la synoviale, on se hâtera d'exercer de la compression sur l'articulation (obs. XII) afin de s'opposer à la production d'un nouvel épanchement, et l'on pourra ainsi obtenir quelques succès.

Malgré cela, cette méthode est incertaine et les médecins ont songé à faire mieux en faisant suivre la ponction d'une injection irritante.

La ponction suivie d'injection a été reprise et rajeunie par Schede de Hambourg.

Dès 1783, Gay, chirurgien du Cap, songea à injecter dans le genou de l'eau de Goulard, coupée de tafia camphré, par parties égales et obtint la guérison de son malade.

Velpeau en 1842, Bonnet en 1851, employèrent la teinture d'Iode. Leblanc et Bouley instituèrent même à cet effet des expériences qui furent couronnées de succès.

Ce système, cependant, a été abandonné depuis que Gosselin en a montré les grands inconvénients.

Dernièrement encore on a signalé un accident arrivé à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, entre les mains d'un grand chirurgien, qui, après avoir opéré la soustraction d'un liquide citrin, injecta dans l'articulation une certaine quantité de la solution suivante :

Teinture d'Iode.	50
Iodure de Potassium.	2
Eau	100

L'opérateur voulut enlever le liquide injecté, comme cela se pratique, quand on injecte de la teinture d'Iode, « mais un caillot s'engaga dans le trocart et l'on abandonna le liquide injecté dans l'articulation, pensant qu'il n'en résulterait aucun inconvénient. »

Mais le malade succomba après sept jours et l'autopsie montra une articulation pleine de caillots, couleur café au lait. La synoviale s'était épaissie et était comme lardacée.

Schede se sert d'une solution d'acide phénique à 5 0/0. Après avoir pratiqué la ponction, il injecte de l'eau phéniquée jusqu'à ce que le liquide sorte tout à fait clair. Il se produit aussitôt une assez forte réaction, puis tout rentre dans l'ordre.

MM. Ledentu et Nicaise, se déclarèrent partisans de cette méthode, à la société de chirurgie, en 1881, MM. Labbé et Delens, vinrent en proclamer les heureux effets, à l'Académie en 1884.

M. H. Rendu a recours aujourd'hui à la ponction aspiratrice, suivie d'injection de Sublimé à 1 p. 4000.

Il ponctionne l'articulation sur le côté le plus accessible, retire le liquide, et, laissant l'aiguille dans l'articulation, injecte, séance tenante, cinq ou six centimètres cubes de la solution précédente, qu'il abandonne dans la synoviale en vue de modifier son état.

Il oblitère ensuite la piqûre avec un peu de collodion, immobilise le membre dans une gouttière en

ayant soin d'appliquer sur l'articulation un pansement légèrement compressif.

Après l'opération, il se produit une petite réaction locale ; l'articulation se gonfle. Mais ces phénomènes sont de courte durée. On ne constate jamais de fièvre.

Il est permis de fonder les plus belles espérances sur ce mode de traitement. Chez le malade qui fait l'objet de notre Observation XIV, nous trouvons les deux articulations du genou prises en même temps. Quelques centimètres cubes de la solution de sublimé à 0,25 p. 1000, que l'on injecte et abandonne dans l'une d'elles, font disparaître aussitôt les douleurs et rendent les mouvements possibles. L'articulation non traitée par cette méthode, reste au contraire douloureuse et condamne le malade à un repos complet.

Le résultat est encore plus remarquable pour la malade de l'observation XV, qui a fait l'objet d'une communication, de la part de M. Rendu, à la société des hôpitaux, en mars dernier. Ici la ponction avait permis de retirer, non pas du liquide citrin comme chez le malade précédent, mais 250 grammes de pus. Malgré le mauvais état probable de la synoviale, l'injection de sublimé à 1 p. 4000, laissée dans l'articulation, amena les suites les plus favorables. La fièvre tomba, l'état général s'améliora. Au bout de quelques jours, le liquide s'était reproduit, mais au lieu d'être purulent comme la première fois, une deuxième ponction le montra absolument de nature sérieuse. L'épanchement ne se reproduisit plus. La malade est guérie.

Nous pensons que des succès pareils seront réservés à ce dernier mode de traitement. La solution de sublimé de M. le docteur Rendu, non seulement entraînera la guérison rapide des arthrites simples et fera disparaître la gravité des arthrites suppurées, mais épargnera dans bien des circonstances aux malades, l'opération de l'arthrotomie, qui pour avoir largement bénéficié de l'antisepsie, n'en demeurera pas moins une opération plus sérieuse que la simple ponction.

OBSERVATION I. (Personnelle).

Arthrite de l'articulation de Lisfranc. — Immobilisation. — Compression. — Guérison.

S. J. femme âgée de 21 ans, se présente à l'hôpital Laënnec et demande son admission à la salle Chassaignac, vers la fin de novembre 1892.

Elle se plaint de douleurs très intenses qu'elle éprouve à la face dorsale du pied droit. Elle attribue ces douleurs à la compression, causée par des chaussures neuves.

La malade, d'une constitution forte, ne présente rien de particulier comme antécédents héréditaires, ni comme antécédents personnels.

L'examen de la face dorsale du pied, montre de la rougeur, avec des marbrures et de la tuméfaction.

À première vue, on penserait volontiers à une lymphangite ; mais, ce diagnostic doit être bientôt abandonné, car la rougeur a une étendue considérable, sans revêtir la forme de traînées rougeâtres. D'ailleurs, il n'y a pas de ganglions engorgés.

La région malade est très-douloureuse. La douleur localisée à l'articulation de Lisfranc et à l'extrémité postérieure du premier métatarsien, s'exaspère par les mouvements que l'on imprime aux orteils.

Les mouvements de flexion et d'extension sont encore assez bien tolérés, mais les mouvements de rotation arrachent des cris à la malade.

En présence de ces symptômes, nous avons interrogé la jeune femme, qui, après avoir commencé par nier toute maladie du côté de ses organes génitaux, a fini par avouer qu'elle était atteinte d'une blennorrhagie, dont le début remontait à quinze jours.

Nous avons pu alors porter le diagnostic de **pseudo-phlegmon** de la face dorsale du pied, avec arthrite de l'articulation de Lisfranc, d'origine blennorrhagique.

Traitement :

Le pied est enveloppé dans plusieurs couches d'ouate et immobilisé à angle droit.

Quelques petits mouvements sont imprimés, une fois que l'appareil plâtré est enlevé, c'est-à-dire après 5 ou 6 jours.

On continue à faire de la compression ouatée.

La malade quitte le service après un mois de séjour. Elle sort à la fin de décembre 1892, tout à fait guérie.

OBSERVATION II. (Personnelle).

Arthrite du genou. — Epanchement. — Immobilisation. — Révulsion. — Ankylose probable.

La nommée D. M. âgée de 23 ans, brodeuse, ne présente rien comme antécédents héréditaires.

Rien de particulier au point de vue personnel. Elle est un peu pâle, mais n'a jamais été malade.

Le 13 décembre 1892, elle se présente à la consultation et demande à entrer à l'hôpital, pour des douleurs très-vives, qu'elle ressent dans l'articulation du genou gauche.

Ces douleurs remontent au 7 décembre, c'est-à-dire à 6 jours avant l'entrée de la femme D. M. à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. le professeur Straus.

Tout d'abord, on ne remarque aucun gonflement dans l'articulation. Seules les douleurs empêchent la malade de marcher. Tout mouvement actif ou passif est impossible. Si on presse sur l'interligne articulaire, on arrache des cris à la malade.

Sa santé générale se maintient, cependant, assez bonne. Cela, aidé du début brusque de la maladie, nous fait penser à une arthropathie d'origine blennorrhagique.

La malade nous avoue, en effet, qu'elle est atteinte depuis deux mois, d'une blennorrhagie, à moitié guérie, en ce moment.

Après quelques jours, à la douleur vient s'ajouter la tuméfaction qui est très-considérable. Le genou prend des proportions énormes. Un grand épanchement se déclare.

La malade est dans l'impossibilité absolue d'imprimer le moindre petit mouvement à sa jambe. Les douleurs sont très-vives.

Un peu de fièvre accompagne cette fluxion. Du 13 décembre 1892 au 1^{er} janvier 1893, la température prise sous l'aisselle, donne 38° 5 ; 39° le soir et 40° le matin ; du 1^{er} au 16 janvier, 38° le soir et 39° le matin ; puis elle tombe à 37°.

Traitement :

On immobilise la jambe dans une gouttière en fil de fer, bien matelassée de ouate. Un léger soulagement se produit.

On applique des pointes de feu. L'épanchement se résorbe, mais la douleur persiste et la malade ne peut pas encore marcher.

On essaie le salicylate de soude, mais rien ne se produit.

On applique un vésicatoire qui paraît amener un effet salutaire, mais de courte durée.

Toutefois, le liquide a disparu de l'articulation, ainsi que la rougeur qui accompagnait l'arthrite.

La malade quitte l'hôpital après un mois et demi de séjour, soulagée, non guérie.

L'ankylose nous semble devoir être le pronostic le plus probable, pour ce cas.

OSERVATION III (personnelle).

*Arthrite du genou. — Epanchement. — Compression.
Amélioration.*

B. J., âgée de 22 ans. — Constitution forte. — Blanchisseuse. Elle ne présente rien d'intéressant au point de vue de ses antécédents héréditaires, pas plus que de ses antécédents personnels.

Elle n'a jamais été malade et n'est pas sujette au rhumatisme.

Au mois d'avril 1892, elle entre à l'hôpital Laënnec, pour une blennorrhagie, qui la fait souffrir depuis trois ou quatre jours.

Après sept ou huit jours de séjour à l'hôpital, la malade accuse des douleurs dans l'articulation du genou gauche : Le genou enfle fortement ; la peau est tendue ; une grande tuméfaction entoure l'articulation, qui contient une notable quantité de liquide.

La malade ne peut faire aucun mouvement.

La jambe fléchie sur la cuisse, forme un angle de 45°.

Pendant ce temps on constate un léger mouvement fébrile. — La blennorrhagie est à sa période d'état.

La malade se plaint de plus en plus. Les douleurs l'empêchent de dormir.

Traitement. — La jambe est redressée. L'articulation du genou est enveloppée d'une forte couche d'ouate. Des bandes de toile sont enroulées autour de la région malade. Le repos le plus complet est observé.

Une grande amélioration se déclare au bout d'une dizaine de jours. La malade peut faire quelques mouve-

ments, mais très limités. Elle se lève cependant, puis apprenant la nature de sa maladie, elle demande à s'en aller.

Nous regrettons de n'avoir pu suivre l'évolution de cette arthrite, jusqu'à la fin ; mais nous sommes convaincu que si la jeune B. J. avait voulu prolonger son séjour à l'hôpital, elle en serait sortie absolument guérie.

OBSERVATION IV (personnelle).

Arthrite du coude. — Bande élastique. — Guérison.

X**, âgé de 66 ans.

Antécédents héréditaires excellents.

Lui-même n'a jamais été malade. Jamais de rhumatisme. Rien au cœur.

Malgré son grand âge, X** contracte une blennorrhagie. Son écoulement dure depuis douze jours, quand il se sent pris de violentes douleurs à la région du coude du côté droit. Voyant que la douleur persiste, le malade demande à entrer à l'hôpital Necker, dans le service de M. le docteur Rendu, le 6 mai 1892.

A l'examen, on constate que l'écoulement persiste toujours.

Le coude est légèrement enflé ; la peau est marbrée, un peu chaude. Les mouvements sont douloureux mais possibles.

Cet état dure trois jours.

Le 9 mai, la température du malade monte. Le coude est fortement enflé, la peau très tendue, la rougeur très marquée, la douleur intense.

Les mouvements actifs sont devenus impossibles.

Les mouvements passifs sont insupportables.

L'arthrite paraît tendre vers la suppuration.

Devant cette menace, on essaie de provoquer une forte transpiration locale, au moyen de compresses imbibées d'eau blanche, et dont on entoure la région malade.

On place par-dessus du taffetas gommé, pour empêcher l'évaporation.

Ce traitement semble diminuer un peu la douleur. La peau reste tendue et chaude. Un peu de fièvre.

On enroule alors autour du coude une bande de caoutchouc, en ayant soin de l'enlever, dès que le malade ne peut plus la supporter. Elle est vite tolérée.

Ce système renouvelé tous les jours est d'une efficacité remarquable.

On administre au malade quelques toniques, pour relever ses forces.

L'articulation du coude reprend progressivement ses mouvements. La douleur, la rougeur, tout disparaît.

Le malade quitte le service, guéri de sa blennorrhagie et de son arthrite, après 40 jours de traitement.

OBSERVATION V (personnelle).

Arthrite du poignet. — Atrophie. — Chez un Rhumatisant. — Bande élastique. — Guérison.

R. L..., âgé de 30 ans, journalier.

Ses antécédents héréditaires sont excellents.

Personnellement, il porte des cicatrices scrofuleuses sous le maxillaire. De plus, il est rhumatisant. Il a eu une première attaque de rhumatisme articulaire aigu, dont il a très bien guéri. Rien au cœur.

Le 5 mai 1892, une nouvelle attaque de rhumatisme se déclare et le malade demande à entrer à l'hôpital Necker. On lui donne un lit, dans le service de M. le docteur Rendu.

En reconstituant l'histoire du malade, on apprend qu'un mois auparavant il a été atteint d'une blennorrhagie dont il est facile de retrouver les traces : en effet, si on presse un peu sur le canal de l'urèthre, on fait sourdre quelques gouttes de pus.

Mais comme son rhumatisme est généralisé, on lui administre du salicylate de soude : 5 ou 6 gr. par jour.

En quatre jours, le malade est guéri de son attaque aiguë.

Une articulation, cependant, résiste à l'action du salicylate de soude.

C'est l'articulation du poignet gauche.

Si on lui fait exécuter quelques mouvements, on ne perçoit pas de craquements. La tuméfaction est considérable.

La face dorsale du poignet se confond avec celle de la main. Les gaines des Extenseurs sont fortement distendues. La moindre pression exercée à leur niveau suffit pour déterminer des douleurs capables d'arracher des cris au malade.

Les mouvements de flexion et d'extension sont tout à fait abolis. Légère fièvre.

Traitement :

On immobilise le poignet. Des compresses d'eau boriquée enveloppent la région malade.

Ce traitement paraissant insuffisant, on enlève l'appareil et on enroule autour du poignet une bande de caoutchouc qu'on serre modérément.

Dans l'espace de 24 heures, une grande amélioration se déclare.

On continue de placer la bande un peu tous les jours, et après un mois de traitement, le malade quitte le service en ne conservant qu'une légère raideur.

A noter l'atrophie des Extenseurs, à peu près disparue par le massage et l'électricité.

OBSERVATION VI (1)

*Arthrite blennorrhagique radio carpienne gauche. —
Révulsion. — Compression par la bande élastique.
— Guérison.*

M. M. . . , 21 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital Necker le 9 juin 1893, salle Delpech, n° 18, (Service de M. H. Rendu), pour une arthrite blennorrhagique, de l'articulation radio-carpienne gauche.

Le 30 mai, dans la soirée, la malade a été prise d'une douleur subite dans le poignet gauche, douleur qui a persisté les jours suivants.

Le 1^{er} juin apparaît le gonflement, augmentant l'impotence fonctionnelle de la jointure, qui avait débuté avec la douleur. Exaspération des douleurs par le moindre mouvement. En même temps fièvre, insomnie, constipation, anorexie et soif vive. Pas de nausées ni de vomissements.

Dans cet intervalle de 10 jours, le traitement suivi : (salicylate de soude, laudanum, liniment, etc.), n'a produit aucune amélioration.

Antécédents. — Fille de constitution robuste, ne pré-

(1) Cette observation est due à l'obligeance de notre excellent ami, M. C. Le Masson, externe de M. H. Rendu.

sentant à son entrée à l'hôpital, aucun symptôme d'anémie, pas nerveuse, sans antécédents héréditaires. Jamais de maladies antérieures, jamais de rhumatisme.

Toujours bien réglée. Elle a eu ses dernières règles le 25 mai.

A la suite, écoulement blennorrhagique, devenu jaune-verdâtre au moment des douleurs articulaires. Cependant la malade n'a jamais eu de troubles de la miction.

A son entrée, le 9 juin, elle présente les symptômes suivants : arthrite de l'articulation radio-carpienne gauche, caractérisée par un gonflement et un empâtement considérables, étendus : en haut, jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras, envahissant en bas, toute la face dorsale de la main, sans atteindre les phalanges. Pas de rougeur. La douleur très vive spontanée et exaspérée par le moindre contact, a son maximum d'intensité au niveau de l'interligne articulaire et surtout des deux apophyses styloïdes. Les articulations métacarpo-phalangiennes ne sont pas douloureuses, à l'exception de l'articulation du pouce.

Du côté de l'appareil circulatoire, pas de palpitations, pas d'essoufflement. Pouls normal, régulier. L'auscultation du cœur révèle la présence d'une sorte de roulement présystolique empiétant sur le premier bruit. Celui-ci est suivi d'un léger souffle.

Ailleurs rien de particulier.

Température du soir, 38°,2.

10 juin. — T. m. 37°. Mêmes symptômes que la veille. Application de 4 sangsues et immobilisation du poignet sur palette avec légère compression. T. soir, 37°,8.

11 juin. — T. m. 36°,4. Les douleurs sont moins vives. Le gonflement est toujours le même. La malade a ses règles.

Du 12 au 14, même état. Le soir la température monte à 37°,8.

Le matin elle oscille entre 37°,2 et 37°,4. Compresses d'eau blanche.

14 juin. — Empâtement persistant, application de la bande élastique ; puis immobilisation sur la palette.

Température normale, à partir de ce jour.

15 juin. — Douleurs vives au niveau de l'articulation.

Suppression de la bande élastique pendant 24 heures.

Fin des règles. A partir de ce moment, cessation de l'écoulement blennorrhagique.

Du 16 au 18, application de la bande bien tolérée pendant ces deux jours.

18. — Amélioration continue. La douleur beaucoup moins intense n'existe plus qu'au niveau de l'interligne. Elle a disparu au pouce. Quelques mouvements sont possibles. Gonflement persiste. Suppression de la bande.

19. — Gonflement est redevenu considérable. Pointes de feu sur région dorsale du poignet. Réapplication de la bande.

Du 19 au 22. — La bande est très bien supportée.

Le 22, douleurs à peine perceptibles. Mouvements possibles. Gonflement a considérablement diminué. L'empâtement persiste.

Actuellement, la malade est en pleine voie de guérison. Son état général est excellent. A noter simplement un léger degré d'anémie survenu depuis son séjour à l'hôpital et qui est combattu par le sirop d'iodure de fer et du quinquina.

OBSERVATION VII (1)

Arthrite médio-tarsienne. — Suppuration. — Traitement par ouverture de l'abcès; Bande élastique. — Guérison.

La nommée H. E., âgée de 23 ans. journalière, entre le 12 mai 1893, à l'hôpital Necker, salle Delpech, lit n° 5.

Cette malade ne présente rien dans ses antécédents personnels, si ce n'est un peu d'anémie, dont le début remonte à l'apparition de ses règles, à l'âge de 12 ans.

La mère de la malade était rhumatisante.

Il y a environ trois semaines, la jeune H. E. ressentit une douleur dans le pied droit, au niveau de l'articulation médio-tarsienne. Les autres articulations ont été épargnées.

Au niveau de l'articulation malade, on remarque une rougeur assez vive, de la douleur spontanée et à la pression, une tuméfaction assez notable et l'impossibilité absolue de faire le moindre mouvement. — Les mouvements d'extension et de flexion imprimés aux orteils sont douloureux. Les gaines synoviales sont également enflammées.

L'apparition des douleurs rhumatismales, a coïncidé avec des trouble génito-urinaires. La malade avait une sensation de brûlure pendant la mixtion et un écoulement verdâtre dont l'origine blennorrhagique ne faisait pas de doute. Les autres organes sont sains. On entend, au niveau du cœur, un souffle doux, mal localisé, sans propagation caractéristique, en rapport avec l'anémie que présente la malade. — Cette anémie se manifeste par la

(1) Cette observation est due à l'obligeance de M. Pissavy, externe de M. le docteur Rendu.

pâleur, une certaine décoloration des muqueuses, de la céphalalgie fréquente et des bourdonnements d'oreille.

Traitement. — Enveloppement du pied, dans une bande de caoutchouc.

La bande élastique, restée en place depuis deux jours, n'amène pas d'amélioration notable. On la remet cependant.

Trois jours après, la malade ayant bien supporté la bande, souffre moins de son pied.

Puis les douleurs se localisent au bord interne du pied. Au point douloureux on trouve une légère tuméfaction, avec un peu de fluctuation profonde. — Cataplasme.

En deux jours, la fluctuation devient très nette. La douleur est très vive au niveau de la tuméfaction ; partout ailleurs elle a disparu.

Le 20 mai, on ouvre l'abcès. Il en sort une certaine quantité de pus. — Pansement antiseptique.

Les douleurs continuent malgré l'ouverture de l'abcès. Elles paraissent sur la face externe du pied, qui reste tuméfié.

On applique quelques pointes de feu, les douleurs disparaissent et la femme guérit. Un mois de traitement.

OBSERVATION VIII (résumée).

Arthropathies multiples et atrophie musculaire généralisée consécutive en rapport avec une infection blennorrhagique.

Par M. le docteur F. Raymond, agrégé (1).

Le nommé G..., âgé de 32 ans, employé de commerce, entre le 12 avril 1890 à l'hôpital Lariboisière, salle Bouley.

(1) Cette observation a paru dans la *Gazette médicale de Paris* le 3 janvier 1891.

Rien à signaler au point de vue héréditaire, ni névropathie, ni arthritisme chez ses ascendants.

Personnellement le malade a toujours été bien portant. Il n'a jamais eu d'accidents scrofuleux ni de rhumatisme.

En 1886, le malade contracte une blennorrhagie subaiguë, sans grandes douleurs. Le malade prétend que son écoulement aurait disparu en huit jours, sans autre traitement qu'une solution de bicarbonate de soude. Dans la suite, il aurait eu la goutte militaire pendant quelques mois.

Un mois après, en janvier 1887, le malade est pris d'une arthrite aiguë mono-articulaire du genou, avec douleur, rougeur et gonflement de l'articulation. Il garde le lit pendant deux mois. Il était à peu près rétabli et marchait, quand, à la suite de fatigues exagérées, il fut pris de douleurs lombaires, avec fièvre, qui le clouèrent au lit encore pendant deux mois. Ces douleurs s'étant atténuées, d'autres parurent dans les articulations de l'épaule droite et sterno-claviculaire du même côté.

A part l'arthrite du genou initiale et les arthrites de l'épaule et sterno-claviculaires droites, les douleurs articulaires ont évolué sans inflammation : ni gonflement, ni rougeur, ni chaleur ; il y a eu seulement de la douleur et de l'impotence fonctionnelle.

En 1887, douleurs à l'épaule gauche, qui ont duré 3 mois, mais pas de séjour au lit. Puis le malade éprouve des douleurs au niveau des vertèbres lombaires et dans les articulations sacro-iliaques.

A mesure que les douleurs envahissent ces articulations, il s'aperçoit que les segments des membres avoisinants maigrissent et que leur force musculaire disparaît très vite.

En même temps se produisent des troubles psychi-

ques : le malade devient sombre, mélancolique, la mémoire diminue.

En 1888-89, plus de douleurs vives dans les membres, mais presque continuellement des douleurs vagues dans la colonne vertébrale et les jointures des orteils. Enfin, six mois avant son entrée à l'hôpital, douleurs subaiguës à la région cervicale. Consécutivement les muscles de la nuque s'atrophient, la tête tombe en avant, sans qu'il soit possible de la redresser.

Etat actuel. — 12 avril 1890. — Le malade est très émacié. Son poids est tombé de 190 à 130 livres. Les reliefs des muscles ont disparu. L'atrophie musculaire est généralisée; elle porte surtout sur les pectoraux, les deltoïdes, les muscles péri-scapulaires et sur ceux de la région fessière.

Aux mains, les reliefs des éminences thénar et hypo-thénar ont disparu; les avant-bras sont amaigris. Au bras, l'atrophie est plus considérable; on sent, à la palpation, dans l'épaisseur du biceps, des cordes fibreuses. Les deltoïdes semblent presque complètement disparus, de même que les pectoraux, à la place desquels est un méplat surtout à gauche.

Les muscles sus et sous-épineux et les autres muscles qui avoisinent l'épaule sont atrophiés, mais à un degré moindre; les omoplates sont à leur place.

Mensurations :

Avant-bras, à 10 centimètres au-dessous de l'épitrachlée.

Gauche, 21 c/m 5; droit, 20 c/m 5.

Bras, à 15 centimètres au-dessus de l'épitrachlée : gauche, 22 c/m 5; droit, 20 c/m 5.

Tous les autres muscles du tronc sont atrophiés; les côtes sont très saillantes et séparées par des gouttières très marquées.

Les muscles de la nuque ont à peu près disparu. Les apophyses épineuses cervicales sont très saillantes, surtout la 7^e.

La tête est penchée en avant et, quelque effort qu'il fasse, le malade est impuissant à la redresser. Quand on tente de lui relever la tête et de la tourner à droite ou à gauche, on éprouve de la résistance. Pour regarder à droite ou à gauche, le malade est obligé de se retourner le corps raide et d'une seule pièce.

Circonférence de la poitrine sous les aisselles : 0,80 centimètres. Aux membres inférieurs, les muscles fessiers ont disparu. Les saillies sont remplacées par des méplats; les parties molles sont flasques, la peau est ridée.

Les cuisses et les jambes sont atrophiées en masse.

Circonférence de la cuisse à 18 centimètres au-dessus de la base de la rotule : gauche 37 cm. ; droite, 35,5.

Circonférence de la jambe, à 10 centimètres au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia gauche, 26 cm 5 ; droite, 27,5.

Dans les jointures des membres affectés, pas de gonflement, pas de rougeur. Le malade ressent encore quelques douleurs vagues, erratiques dans les articulations, mais surtout le long de la colonne cervicale et de la colonne lombaire.

La force musculaire est notablement diminuée. Au dynamomètre de Collin, la force de pression des deux mains atteint à peine 32 kilogr.

Pas de troubles trophiques, pas de troubles de la sensibilité.

La vision est normale ; l'examen ne donne que des résultats négatifs.

Les réflexes rotuliens sont exagérés, ainsi que le réflexé du coude.

La contraction ido-musculaire paraît ainsi un peu exagérée.

La contractilité électrique est normale dans tous les muscles, même dans ceux qui paraissent le plus atrophiés.

Traitement : Bromure de potassium, 2 gr.

Iodure de potassium, 1 gr.

Bains sulfureux ; électrisation faradique.

20 mai. Le traitement n'a produit aucune amélioration. L'atrophie est stationnaire, et les résultats des mensurations sont sensiblement les mêmes qu'à l'entrée du malade à l'hôpital. La force musculaire a même diminué : de 32 kilogr., elle est descendue à 28 kilogr. pour la main droite, à 26 kilogr. pour la gauche.

Il faut ajouter que le malade ne se prêtait pas volontiers à l'électrisation et employait tous les subterfuges pour s'y soustraire.

12 juillet. Le malade quitte l'hôpital sans amélioration.

OBSERVATION IX (1) — (résumée).

Arthrite cervicale d'origine blennorrhagique. —

Pachyméningite — Amyotrophie.

L. A., âgé de 23 ans, journalier, entre le 9 mai 1876, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Landry.

Bonne santé habituelle. A 12 ans, léger engorgement ganglionnaire au cou, engorgement qui dura deux ans, et qui céda à l'usage de l'huile de foie de morue, sans suppurer. Pas d'autres antécédents morbides.

Légères arthrites non suspectes entre 17 et 20 ans.

(1) Cette observation est empruntée à une publication de M. Lefoir. (Journal des connaissances médicales, 1878).

Il y a quinze jours, après un rapport suspect, il est atteint d'une blennorrhagie peu intense et presque indolente.

Le 2 mai, courant d'air dans le dos et les mouvements du cou deviennent impossibles.

En même temps douleurs au cou-de-pied gauche, disparaissant vite... Le 7 mai, poignet, main droite, genou gauche se prennent.

Actuellement l'écoulement méthral est peu abondant, peu douloureux, purulent.

Cou. — Les mouvements de rotation et de flexion de la tête sont impossibles. Quand le malade veut se plier, ou regarder de côté, il fait exécuter ces mouvements par le tronc. La région cervicale y prend le moins de part possible, et éprouve encore une douleur très vive. Cette douleur siège au niveau des apophyses épineuses cervicales. Elle est réveillée par la pression. Pas de gonflement,

Genou gauche. — La douleur est localisée au niveau l'articulation tibio-péronière supérieure.

Poignet droit. — Le poignet et la face dorsale de la main sont gonflés. L'affection réside surtout dans les gaines tendineuses des muscles extenseurs. (Vésicatoire sur le poignet, repos, extrait thébaïque 0,05. Les accidents cessent sauf au cou).

Le 28 mai, l'arthrite cervicale persiste. Douze pointes de feu le long de la nuque, font cesser la douleur, mais les mouvements restent impossibles.

Le 12 juin, on remarque les phénomènes suivants : en faisant étendre les mains au malade, les doigts médius et annulaire droits restent fléchis sur le main. L'extension des autres doigts se fait bien. Ces deux doigts ne peuvent être étendus à la volonté du malade, et vient-on à les étendre, ils reprennent leur position primitive, dès qu'on les abandonne à eux-mêmes.

L'attitude de la main rappelle celle des saturnins. A la

vue, on constate une atrophie [des espaces intermétacarpéens, le premier interosseux dorsal paraît amaigri, ainsi que les muscles de l'éminence thénar.

L'avant-bras est diminué de volume, surtout à sa partie supérieure, il en est de même du bras et jusqu'à un certain point de l'épaule (région deltoïdienne).

La mensuration donne les chiffres suivants, pour deux circonférences du membre supérieur des deux côtés (le malade n'est pas gaucher).

	côté droit	Gauche.
Partie supérieure de l'avant-bras.	22,5	24
Partie moyenne du bras. . . .	21,5	23,5

L'épaule droite paraît abaissée, sans qu'il y ait une notable atrophie du trapèze. Les muscles dont la vue constate l'atrophie sont le biceps et les extenseurs des doigts. La force musculaire n'est pas diminuée.

Les muscles de l'avant-bras ne répondent pas ou répondent peu à l'excitation électrique. Les deux réophores appliqués sur le radial, dans la gouttière de torsion, ne font pas étendre les doigts fléchis. La sensibilité est intacte. La faradisation quotidienne n'amène aucun résultat sur les muscles atrophies.

Le 3 juillet, l'atrophie musculaire n'a pas varié. Les muscles sont toujours peu ou point excitable, les mouvements du cou sont nuls. Le malade s'habitue à des mouvements de compensation qui se passent dans les vertèbres dorso-lombaires. Il quitte le service dans le même état.

OBSERVATION X (personnelle).

Arthro-synovite de l'épaule. — Atrophie consécutive, Révulsion. — Amélioration.

X^{me}, femme âgée de 31 ans.

Cette malade n'offre rien de particulier, au point de vue

héréditaire. Il n'y a jamais eu de rhumatisants dans sa famille.

Au point de vue personnel, rien d'intéressant, non plus. Jamais elle n'a eu de rhumatisme, jamais elle n'a été malade.

Vers le 15 mai 1892, cette femme contracte une blennorrhagie. Au début, elle ne prend pas garde à son affection ; puis la maladie arrivant à sa période d'état, la miction devient extrêmement douloureuse.

Cet état dure une dizaine de jours ; puis la blennorrhagie cesse.

Quinze jours se passent et la femme vaque tranquillement à ses affaires, ne conservant à peine que le souvenir de sa maladie, quand elle se sent prise de fortes douleurs rhumatoïdes, dans la région de l'épaule gauche.

Ne pouvant se soigner chez elle, elle demande son admission à l'hôpital Necker. On la reçoit dans le service de M. le docteur Rendu. — Lit n° 17, salle Delpech.

L'examen de la région malade, montre que l'épaule est gonflée, rouge, tuméfiée, très douloureuse à la pression. La malade, ne peut même pas porter la main à sa bouche.

Elle ne peut faire aucun mouvement avec son bras. En la voyant, on croirait avoir affaire à une malade atteinte de paralysie brachiale (type supérieur).

Les douleurs sont tellement vives, que tout sommeil, tout repos est impossible.

Ces douleurs irradient dans tout le bras, en suivant le trajet des nerfs du plexus brachial.

Le muscle deltoïde est fort douloureux. La gaine de la longue portion du biceps n'est pas épargnée davantage.

En somme, cette femme est atteinte d'arthrite de l'épaule, avec des phénomènes inflammatoires périarticulaires.

On constate un léger mouvement fébrile.

Traitement. — Le jour même de l'entrée de la malade à l'hôpital, on applique, sur la région deltoïdienne, des sangsues qui n'amènèrent qu'un léger soulagement. Puis les douleurs reviennent presque avec la même intensité qu'au début.

L'application de quelques bandelettes d'emplâtre de Vigo ne produit aucun résultat satisfaisant.

On se décide alors à mettre un vésicatoire. Ce premier vésicatoire n'ayant pas produit l'effet attendu, on en applique un second le long du tendon de la longue portion du biceps.

Le résultat est assez heureux, puisque ce tendon qu'on ne pouvait toucher sans provoquer de la douleur, n'en occasionne plus, quand on exerce une pression sur lui.

Cependant l'articulation en général reste douloureuse. La région est empâtée. Le biceps est dur et douloureux. Le deltoïde est dans le même état. On dirait volontiers qu'ils sont atteints de myosite.

Entrée le 15 juin dans le service, la malade demande à sortir le 6 juillet.

A ce moment, la guérison est loin d'être obtenue.

Cependant les phénomènes inflammatoires ont commencé à disparaître; la douleur n'est plus aussi vive; quelques petits mouvements sont possibles.

Mais l'articulation n'a pas encore retrouvé toute son intégrité.

Le deltoïde, le biceps et le coraco-brachial, bien diminués de volume, sont en partie atrophiés.

Malgré cette situation peu brillante, la malade quitte l'hôpital, avec son bras presque complètement impotent.

OBSERVATION XI (personnelle)

Arthro-Ténosite. — Atrophie consécutive. — Guérison.

D. L..., âgé de 25 ans, charretier.

Homme solide, vigoureux, d'une constitution très forte. Rien à signaler du côté de ses parents. Lui-même n'a jamais été malade. Pas de rhumatisme antérieur.

A la fin de mai 1892, le malade contracte une blennorrhagie dont la période aiguë, dit-il, dura onze jours. Voyant son écoulement arrêté, voyant que les mictions n'étaient plus douloureuses, il se crut complètement guéri.

Il faut noter, toutefois, que de temps en temps, son urèthre laissait couler une goutte dont l'origine n'était pas douteuse.

Quinze jours après le début de sa blennorrhagie, alors qu'il pensait être guéri, le malade en rentrant chez lui pour se coucher, est pris de douleurs très violentes, au niveau du pied droit, douleurs qui l'empêchent de dormir cette première nuit.

Le lendemain matin, comme les douleurs persistent, que la marche est devenue presque impossible, il se fait conduire à l'hôpital Necker, où il est admis dans le service de M. le docteur Rendu, au n° 19 de la salle Chauffard.

Le pied droit, mais rien que lui, est fortement enflé, excessivement douloureux à la pression, surtout si l'on suit les gaines tendineuses de la face dorsale. Une légère coloration rosée se manifeste sur la région atteinte de rhumatisme.

Deux jours après l'articulation tibio-tarsienne correspondante se prend à son tour et devient très légèrement douloureuse.

On ne trouve ni rougeur, ni tuméfaction, ni épanche-

ment. Les mouvements de flexion et d'extension douloureux au début, le sont encore davantage en ce moment.

Le malade n'a pas de fièvre.

Traitement. — En ville on lui avait conseillé d'envelopper le pied, de coton iodé.

A l'hôpital, on lui applique des compresses imbibées d'eau blanche et recouvertes d'un morceau de taffetas gommé, afin d'obtenir une transpiration locale. Légère amélioration.

Le 26 juin 1892, c'est-à-dire onze jours après le début du rhumatisme, les douleurs un instant calmées, reviennent très violentes.

On administre 0,50 centigr. de poudre de Dower.

Les choses restent à peu près stationnaires jusqu'aux premiers jours de juillet.

A ce moment, la face dorsale du pied est fortement tendue. La pression la plus légère provoque des douleurs intolérables.

Quelques pointes de feu, font disparaître en partie le gonflement, mais ne font que médiocrement diminuer la douleur.

On se décide alors à immobiliser le pied dans un appareil plâtré, qui occupe la partie postérieure de la jambe et la région plantaire du pied. On applique sur la région dorsale un emplâtre de Vigo.

On enroule une bande élastique qu'on laisse en place pendant quelques jours.

Dans la première dizaine de juillet, on trouve une grande amélioration : les douleurs ont à peu près disparu; le pied peut faire quelques mouvements, mais en revanche le triceps s'atrophie.

On combat cette atrophie par le massage et l'électricité. Après un mois et demi de traitement, le malade quitte le service, presque complètement guéri.

OBSERVATION XII (personnelle)

Arthropathies multiples. — Ponction. — Guérison.

Le nommé I. A..., âgé de 38 ans, journalier, ne présente rien à signaler comme antécédents héréditaires.

Ses antécédents personnels sont excellents : Jamais aucune maladie, jamais de rhumatisme ; rien au cœur. Homme vigoureux, d'une constitution très forte.

Au mois de novembre 1892, il constate une blennorrhagie. Sans prendre garde à l'état de son urèthre, le malade continue de faire son travail, comme par le passé.

Après un mois, il commence à se plaindre de douleurs dans l'articulation du genou droit. En deux jours, la région malade enfle démesurément. A la palpation on trouve la surface péri-articulaire très empâtée. Une légère teinte rosée règne tout autour. Les douleurs sont très vives. Le malade ne peut poser le pied par terre, tant il souffre. Un grand épanchement se déclare. Le choc rotulien se perçoit malgré l'empâtement, ainsi qu'une fluctuation assez nette.

On place la jambe malade dans une gouttière et on fait de la compression ouatée.

Le liquide ne se résorbant pas vite, on fait une ponction avec un aspirateur, après après avoir bien lavé la région malade, avec une solution antiseptique et on retire une assez forte quantité de liquide.

On continue à faire de la compression ouatée. Le malade toujours la jambe dans sa gouttière, éprouve un très grand soulagement.

L'examen histologique du liquide aspiré, est pratiqué par M. Veillon, interne du service de M. Straus. Il ne révèle la présence d'aucun microbe. Il est tout à fait négatif.

Pendant que l'articulation du genou droit est ainsi l'objet de cette arthrite, — la blennorrhagie persistant toujours, — le malade se plaint de souffrir de l'articulation métatarso-phalangienne droite, c'est le tour du membre supérieur du côté gauche : La face dorsale de la main gauche et du poignet correspondant sont sous le coup d'une poussée rhumatismale du même ordre. Les mouvements de flexion et d'extension sont impossibles. Toute la région est rouge, tuméfiée, empâtée, douloureuse. Les gaines des extenseurs sont l'objet d'une fluxion très intense.

Le malade n'a pas de fièvre, pas de sueurs, conserve sa bonne santé générale.

L'affection du poignet et de la main droite, presque contemporaine de l'arthrite métatarso-phalangienne, guérit très vite grâce à l'immobilisation et à un peu de compression ouatée.

L'arthrite du genou guérit la dernière et, quand le malade quitte le service après quarante jours passés dans la salle Damaschino — nous pouvons constater qu'il marche, mais avec une certaine gêne. Nous pouvons prévoir cependant, qu'en peu de jours la guérison sera complète et que le malade pourra marcher sans difficulté aucune.

Notons que le salicylate de soude n'a produit aucun effet.

OBSERVATION XIII (personnelle).

Arthrites multiples. — Epanchement. — Ponction simple. — Grande amélioration.

P. L..., 19 ans, boucher.

Ses parents sont bien portants. Lui-même est d'une constitution forte. Il n'a jamais eu de rhumatisme.

Il est atteint d'une blennorrhagie datant du mois d'octobre 1891.

La maladie a évolué d'une manière tout à fait ordinaire.

L'écoulement finissait six semaines après qu'il s'était déclaré.

Mais en même temps le malade était gêné pour étendre son pied droit. Il ressentait de la douleur à la face postérieure du calcaneum, entre cet os et le tendon d'Achille.

La bourse séreuse située à cet endroit était enflée et atteignait des dimensions assez considérables, pour faire disparaître les dépressions qui existent à l'état normal, de côté et d'autre du tendon d'Achille.

Le palper révélait très nettement de la fluctuation.

Les mêmes phénomènes s'observaient simultanément du côté de l'articulation sterno-claviculaire droite : Douleurs, épanchement assez considérable, nettement constaté grâce à la fluctuation, dont on pouvait avoir la sensation par les procédés ordinaires.

Les choses allèrent ainsi jusqu'au mois de septembre 1892, époque à laquelle le malade eut à se plaindre de nouvelles manifestations rhumatismales.

Le genou devenait à son tour le siège d'un très fort épanchement. Les mouvements étaient presque impossibles. La synoviale très épaisse donnait même du côté du cul-de-sac externe la sensation d'un noyau induré.

Au niveau du pied gauche, on pouvait constater aussi de la douleur, de la gêne et du gonflement du côté de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

Tel était le tableau que nous offrait ce malade, au mois de novembre 1892, c'est-à-dire lorsqu'il demanda à entrer à l'hôpital.

Par conséquent, nous nous trouvions en présence d'un hygroma de la bourse séreuse rétro-calcaneenne et d'une hydarthrose de l'articulation sterno-claviculaire droite ;

phénomènes survenus six semaines après le début d'une blennorrhagie.

Aucune amélioration n'était survenue, et dix mois plus tard, des phénomènes morbides de même ordre se manifestaient du côté de l'articulation du genou et de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

En poussant plus loin l'examen du malade, nous avons vu qu'il était atteint d'une otite purulente, dont il n'a pu préciser le début.

Là est peut-être l'explication de la persistance des accidents et du retard apporté dans la résorption du liquide.

Le malade a été ponctionné.

Le liquide était citrin, clair.

Après la ponction, immobilisation et compression ouatée.

Le liquide s'est cependant reproduit.

Nouvelle ponction.

Nous avons pu constater que ce malade a été très fortement amélioré par ce traitement, mais il a quitté l'hôpital, non guéri.

OBSERVATION XIV (personnelle).

Arthrites multiples. — Ponction et injection de sublimé. — Guérison. (Compression, amélioration),

L. H..., âgé de 36 ans, chaudronnier. Entre le 22 mai 1893, salle Chauffard, n° 29, hôpital Necker.

Ce malade ne présente rien comme antécédents héréditaires.

Au point de vue personnel, il n'a jamais eu aucune maladie.

Il a été en Afrique, où il a eu quelques douleurs parais-

sant tenir au rhumatisme, mais jamais il n'a eu de vrai rhumatisme. En ce moment il a un peu d'emphysème et de bronchite, mais il n'a rien au cœur.

Il y a 15 jours, ce malade contracta une blennorrhagie.

Sans prendre d'autres conseils que ceux d'un de ses camarades, il se soigna avec de l'extrait de Saturne.

Il y avait à peine trois jours qu'il avait entrepris ce traitement, quand il ressentit des douleurs lancinantes dans la hanche gauche. Quarante-huit heures après le début de ces douleurs, il ne pouvait plus marcher, à cause de ses souffrances.

Après la hanche, mais après trois jours, le cou-de-pied gauche commença à enfler, devint rouge, tuméfié, tendu, chaud.

Les mouvements de flexion et d'extension ne tardèrent pas à devenir difficiles et douloureux, soit que le malade voulût les faire lui-même, soit qu'on voulût les provoquer.

Presque en même temps le genou correspondant enflait, devenait volumineux, tendu. Il était facile de voir qu'un assez gros épanchement distendait la synoviale.

Le malade ne pouvait se servir qu'avec difficulté de sa jambe gauche, quand voilà que le genou droit se prend à son tour. En 24 heures, il dépasse le volume, pourtant considérable, du genou gauche. Il est douloureux, tuméfié, la rotule est soulevée. Les culs-de-sac de la synoviale sont très distendus. On peut percevoir le choc rotulien. Les tissus péri-articulaires sont enflammés, rouges. La pression exercée au niveau de l'interligne articulaire ne peut être tolérée tellement les douleurs qu'elle provoque sont intenses.

Le membre est à moitié fléchi ; les mouvements sont impossibles.

Le malade a un peu de fièvre le soir.

Le 22 mai, 38°5 le soir ; 37°2 le matin.

Le 23 mai, 38°6 le soir ; 37°4 le matin.

Le genou droit paraît suppuré. On se décide à faire une ponction, et, au lieu de retirer du pus, on retire un liquide clair et citrin. M. Rendu injecte cinq ou six centimètres cubes d'une solution de sublimé à 1/4000^e, qu'il laisse dans l'articulation. Le membre est immobilisé dans une gouttière et soumis à un léger pansement compressif.

La température qui, la veille de la ponction, était de 37°2 le matin et 38°6 le soir, 28 mai 1893, tombe, le soir de la ponction, 29 mai 1893, à 37°6 le soir, c'est-à-dire de un degré centigrade ; la température resta la même pour le matin.

Cinq ou six jours après, le genou droit, sans être complètement à sec, n'est plus douloureux ; le malade peut faire quelques mouvements. Aussi on enlève la gouttière et on applique la bande de caoutchouc.

Pendant ce temps, le genou gauche, traité seulement par le repos et la compression, conserve encore son épanchement.

L'articulation tibio-tarsienne gauche ne s'est pas beaucoup améliorée. Dans la hanche, il reste encore quelques petites douleurs.

Devant la persistance de l'épanchement — toujours dans le genou gauche — on enroule la bande élastique, qu'on laisse en place pendant cinq jours : l'épanchement diminue considérablement et finit par disparaître.

Le 15 juin, 23 jours après l'entrée, le genou droit est guéri, le gauche très amélioré. Mais le malade est obligé de rester encore quelques jours à l'hôpital, à cause des douleurs qu'il ressent au niveau du cou-de-pied gauche et qui l'empêchent de marcher.

En résumé, guérison rapide de l'articulation traitée par l'injection de sublimé et simple amélioration de celles qui ont été traitées par les moyens ordinaires.

OBSERVATION XV (1).

Arthrite blennorrhagique suppurée chez une femme atteinte antérieurement d'une ostéomyélite du fémur : Ponction et injection intra-articulaire d'une solution de sublimé ; Guérison.

Par M. H. Rendu, Professeur agrégé, médecin de l'hôpital Necker.

Le 13 mars dernier, mon confrère et ami, le docteur Gény, me priait de recevoir dans ma salle une jeune domestique de 20 ans, atteinte d'une arthrite aiguë du genou gauche, en apparence assez grave. Cette fille était, paraît-il, déjà souffrante depuis un certain temps, mais elle avait dissimulé son mal tant qu'elle avait pu. Depuis trois jours, elle avait dû cesser toute espèce de travail, en raison de la douleur qu'elle ressentait dans le genou et de la fièvre qui en était la conséquence.

L'état local était, en effet, assez sérieux. Le genou gauche, extrêmement tuméfié, était distendu par un volumineux épanchement qui déformait la synoviale et soulevait la rotule. La tension était tellement considérable, qu'on percevait mal le choc rotulien : manœuvre qui provoquait des douleurs très vives. Le tissu péri-articulaire était œdématié, un peu rouge ; le pourtour de l'articulation mesurait 6 cent. de plus que le genou droit au point similaire. Les mouvements spontanés et provoqués étaient presque impossibles à cause de la tension de l'épanchement et des douleurs intolérables que ressentait la malade. Il y avait de la fièvre, de l'insomnie, un état saburral de la langue et un assez notable degré de prostration. La température marquait 38°8.

(1) Communiquée à la Société méd. des hôpitaux, mars 1893.

Ce qui contribuait à rendre cette arthrite plus que suspecte, c'est que la malade avait été atteinte, trois ans auparavant, d'une ostéomyélite du fémur gauche, qui avait laissé des traces indubitables. L'os était considérablement augmenté de volume, au niveau de sa diaphyse et des condyles ; et une large cicatrice, adhérente au périoste, se voyait à la partie interne de la cuisse, vers son quart inférieur : c'était la marque indélébile d'un trajet fistuleux qui avait persisté près de 10 mois et par lequel s'étaient éliminés des séquestres osseux. Il était donc rationnel de supposer que l'arthrite était d'origine osseuse et s'était produite par le fait d'un réveil de l'ostéomyélite des condyles.

L'histoire pathologique récente de la malade était assez obscure. Nous apprenions d'elle, cependant, un renseignement important, qui pouvait jouer un certain rôle dans la pathogénie de l'arthrite. Cette fille, qui avait toujours été bien réglée, avait eu depuis deux mois un écoulement suspect, et bien qu'elle n'eût pas ressenti de douleurs uréthrales ni vésicales, il était possible de songer à une vaginite blennorrhagique. Dans cette hypothèse, l'arthrite du genou aurait été de même nature.

Les symptômes fonctionnels et le caractère de l'arthrite ne pouvaient trancher la question : tout ce que l'on était en droit de soupçonner et presque d'affirmer, en raison du mauvais état général, c'est que l'arthrite était très probablement suppurée.

Je commençai par immobiliser la jointure en plaçant le membre inférieur dans une gouttière, et je fis appliquer sur le genou des compresses froides imbibées d'eau blanche et recouvertes de taffetas gommé. On administra à la malade une potion calmante et j'attendis les événements.

Malgré le repos absolu du genou, la nuit fut mauvaise, sans sommeil, les douleurs persistèrent aussi vives et la fièvre ne tomba que de 34°10' de degré.

Le 15 février, 48 heures après l'entrée de la malade à l'hôpital, je pratiquai la ponction du genou, avec l'aiguille n° 2 de l'appareil aspirateur de Potain, la peau ayant été préalablement savonnée et lavée au sublimé, et les instruments plongés dans la solution phéniquée forte. Il s'écoula 250 grammes de pus verdâtre, bien lié, mêlé à quelques grumeaux, et d'apparence filante, ce qui est la règle dans tous les épanchements synoviaux. Après cette évacuation, le genou reprit, séance tenante, sa forme et ses dimensions normales: il fut facile de constater que les ligaments n'étaient pas très détendus et qu'il n'existait point de mobilité latérale de l'articulation. Cela fait, tandis que l'aiguille était encore dans l'articulation, je fis pénétrer dans l'intérieur de la synoviale, la valeur de trois seringues de Pravaz, d'une solution de sublimé à 1/4000^e, correspondant par conséquent à 6 centimètres cubes de mélange. Après quoi l'aiguille fut retirée, et le liquide antiseptique laissé à demeure dans le genou. Le membre inférieur fut replacé dans sa gouttière, et immobilisé à l'aide d'un pansement compressif à l'ouate.

Le résultat immédiat fut excellent. Dès le soir même, la température qui le matin atteignait 38°,9, était tombée à 37°,3, en diminution de 1°,6: la douleur articulaire avait complètement disparu. La nuit fut bonne et le sommeil revint. Le 16, la température maxima fut de 38°,2, et elle s'abaisa au-dessous de 37 degrés. Le 17, la fièvre était définitivement tombée et depuis lors, le thermomètre a constamment oscillé entre 36 et 37 degrés.

L'articulation fut ainsi maintenue dans l'immobilité, sous une compression modérée, pendant six jours consécutifs. Le 7^e jour, j'examinai le genou et je le trouvai dans l'état suivant:

Tout en étant moins tendu que le jour de l'entrée de la malade, il était encore gros et déformé: l'épanchement s'était manifestement reproduit, mais les douleurs étaient

nulles : tout se bornait à de la raideur et à de la lourdeur articulaire.

Je fis refaire un pansement compressif plus serré que le premier, et j'attendis encore six jours. Le septième, l'articulation n'était pas moins déformée et l'épanchement paraissait sans modifications. Je me décidai à réitérer une seconde fois la ponction, craignant que le pus ne se fût reformé et ne voulant pas le laisser trop longtemps au contact des cartilages.

A ma grande surprise, et aussi à ma vive satisfaction, le liquide qui sortit par aspiration était absolument séreux, filant, ressemblant à une solution de gomme jaunâtre : il n'y avait plus une parcelle de pus. Seules, les dernières gouttes de l'épanchement étaient un peu louches et contenaient de petits grumeaux, plutôt muqueux que purulents.

Je ne jugeai pas utile, en présence de cette transformation du liquide articulaire, de renouveler l'injection de Sublimé : Je me contentai de remettre le genou dans la gouttière et de l'immobiliser à nouveau, en l'entourant d'un bandage compressif.

Une semaine après, le 8 mars, je levai l'appareil. Le genou était absolument sec, l'épanchement s'était résorbé, les parties molles n'étaient plus tuméfiées. Je substituai à la gouttière une simple genouillère en tissu élastique. Le 12 mars, la malade commença à se lever et à faire quelques pas. Aujourd'hui, 24 mars, elle marche dans la salle et a pu descendre au jardin. Sauf un léger degré de raideur articulaire et un peu d'atrophie du triceps, elle peut être considérée comme guérie.

M. Rendu fait suivre cette observation de quelques commentaires. Nous pensons n'avoir rien de mieux à faire, que de les reproduire, afin que l'on puisse en retirer tous les renseignements qu'ils contiennent.

Au point de vue thérapeutique, le résultat a donc été excellent, puisque une arthrite du genou supprimée, ponctionnée le 15 février, n'a pas mis plus d'un mois à guérir, sans laisser aucune trace et sans laxité articulaire consécutive.

Il me reste à montrer comment l'examen bactériologique a permis de déterminer, d'une manière précise, l'origine et la nature de cette arthrite purulente.

Au moment de la ponction du genou, du pus, aspiré avec une pipette stérilisée, fut recueilli et examiné extemporanément au microscope, après coloration par la méthode de Gram. Il ne renfermait aucun micro-organisme apparent, mais une immense quantité de leucocytes.

Ensemencé dans du bouillon et sur la gélatine, il ne produisit aucune culture.

Cette double constatation négative suffisait à démontrer que l'arthrite n'était pas due à un réveil de l'ostéomyélite, car elle aurait fourni des colonies de staphylocoques, dans cette dernière hypothèse. Il était donc bien probable, sinon presque certain, qu'elle était d'origine blennorrhagique.

Sur les conseils de mon confrère, le docteur Antony, qui avait vu la malade le jour de son entrée dans mon service, mon interne, M. Chaillou, enseigna avec le pus un mélange de sérum et de gélose, milieu propice à la culture du gonocoque. Au bout de 24 heures d'étuve, l'ensemencement donna, en effet, une colonie fertile, constituée par des microbes, disposés en tétraèdres, se décolorant par le réactif de Gram, bref, présentant la plupart des caractères des

gonocoques. Ce résultat positif ne laissait plus aucun doute : il s'agissait bien d'une arthrite blennorrhagique sans participation inflammatoire du fémur.

J'attire l'attention sur la présence du gonocoque dans le pus de l'arthrite : c'est là un fait intéressant, qui a été rarement signalé, et qui a été même mis en doute, car dans la grande majorité des cas, le liquide des épanchements blennorrhagiques, même purulents, se montre dépourvu de micro-organismes. Il est probable qu'en se servant du milieu de culture spécial que m'a recommandé M. Antony, cette constatation serait plus fréquente.

Le second point qui me paraît digne de remarque est la disparition complète de la purulence du liquide, sous l'influence de l'injection de sublimé. L'inflammation substitutive déterminée par cet agent thérapeutique a suffi pour transformer complètement la nature du liquide : c'est là un résultat inattendu, qui doit être retenu au point de vue du pronostic et du traitement de ces sortes d'arthrites (1).

(1) Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 30 mars 1893. (Arthrite blennorrhagique suppurée du genou).

CONCLUSIONS.

I. — On observe, au cours de la blennorrhagie, des complications articulaires, ayant des caractères particuliers, qui permettent de les distinguer des arthrites survenant sous l'influence d'autres maladies.

II. — Le rhumatisme blennorrhagique, différent du rhumatisme vulgaire, atteint souvent une seule articulation, quelquefois plusieurs. Il peut être articulaire ou abarticulaire, accompagné ou non d'épanchement. Une des formes les plus fréquentes est la variée décrite sous le nom d'hydarthrose.

III. — L'arthrite blennorrhagique est placée sous la dépendance immédiate de gonocoque, qui, pris par la circulation générale, va se loger sur les séreuses articulaires.

Il conviendrait d'ajouter le refroidissement et les fatigues comme causes adjuvantes.

IV. — Il ne semble pas y avoir de rapport entre l'acuité de la blennorrhagie et l'acuité des manifestations articulaires.

V. — En général, l'arthrite blennorrhagique guérit assez facilement, mais elle est susceptible d'entraîner par moment des conséquences graves, telles que les atrophies musculaires, dues d'après M. Raymond à un mécanisme réflexe.

VI. — L'action de salicylate de soude, sur l'arthrite blennorrhagique est à peu près nulle.

VII. — Le meilleur traitement consiste dans la révulsion par les vésicatoires ou mieux par les pointes de feu ;

Dans l'immobilisation par les appareils plâtrés, les gouttières en fils de fer et les attelles en bois ;

Dans la compression ouatée et surtout dans la compression par la *bande élastique de caoutchouc*, dont l'action énergique et continue donne les meilleurs résultats.

VIII. — En cas d'épanchement assez considérable, on pratiquera soit la ponction simple, soit la ponction suivie d'injection d'une solution de sublimé à 1 p. 4000. Cinq ou six centimètres cubes de cette solution que l'on abandonne dans la synoviale, modifieront la nature du liquide, pourront l'empêcher de se reproduire et détermineront généralement la guérison.

VU :

Le Doyen,
BROUARDEL.

VU :

Le Président de la thèse,
STRAUS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD
